

**Univerzita Karlova**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

**Mgr. et Mgr. Amalie Pavlovská**

Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu  
vývoje oboru adiktologie

Study programme addictology and its graduates' characteristics analysis in the  
context of the field addictology development

Disertační práce

Školitel: Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Praha, 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 7. 2018

Amalie Pavlovská

.....

**Identifikační záznam:**

PAVLOVSKÁ, Amalie. *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie. [Study programme addictology and its graduates' characteristics analysis in the context of the field addictology development]*. Praha, 2018. 156 s., 2 příl. Disertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Školitel: Miovský, Michal.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velmi děkuji svému školiteli, profesoru Michalovi Miovskému, který mi pomáhal najít směr cesty, touto cestou mě vedl a podporoval mě, abych využila nově otevírané dveře.

Děkuji všem absolventům studia adiktologie a manažerům organizací, kteří byli ochotni zapojit se do studie, a umožnit tak oboru získat unikátní zpětnou vazbu týkající se integrace profese adiktologa do systému služeb.

V neposlední řadě patří velké díky mým rodičům a muži, že to se mnou vydrželi a neustále mě podporují, sestře Míše a kamarádce Kláře za opětovné vyslechnutí a povzbuzení.

Děkuji za poskytnutí finanční podpory pro část práce věnovanou výzkumu pracovní uplatnitelnosti absolventů adiktologie (Grantová agentura Univerzity Karlovy, č. 124317).

# OBSAH

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>7</b>
<b>I. ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ADIKTOLOGIE: VÍME, O ČEM MLUVÍME? .....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení pojmu adiktologie .....	11
1.2 Základní oborové platformy .....	14
<b>2. KLIENTI (UŽIVATELÉ) ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB .....</b>	<b>15</b>
2.1 Rozsah užívání návykových látek a závislostního chování .....	15
2.2 Vymezení konkrétních cílových skupin klientů .....	17
<b>3. JAKÉ SLUŽBY CÍLOVÝM SKUPINÁM V ADIKTOLOGII POSKYTUJEME .....</b>	<b>23</b>
3.1 Typy adiktologických služeb .....	24
3.2 Přístupy v léčbě závislostí a další služby .....	29
3.3 Protidrogová politika a financování adiktologických služeb .....	32
3.4 Základní dokumenty oboru adiktologie .....	32
3.5 Pracovníci v adiktologických službách .....	33
<b>4. VZDĚLÁVÁNÍ A PROFESIONALIZACE V OBORU ADIKTOLOGIE .....</b>	<b>36</b>
4.1 Historický vývoj a současnost vzdělávání v oboru adiktologie v ČR .....	36
4.2 Studijní program adiktologie .....	39
4.3 Celoživotní vzdělávání v adiktologii .....	42
4.4 Internacionalizace vzdělávání v adiktologii .....	43
4.5 Pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie .....	48
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>50</b>
<b>5. VÝZKUM PRACOVNÍ UPLATNITELNOSTI PROFESE ADIKTOLOGA V ČR .....</b>	<b>50</b>
5.1 Cíl studie a výzkumné otázky .....	50
5.2 Výzkumný soubor .....	50
5.3 Metody tvorby a analýzy dat .....	54
5.4 Etické otázky .....	55
<b>6. VÝSLEDKY .....</b>	<b>56</b>
6.1 Zaměstnání adiktologů .....	56
6.2 Absolventi pracující mimo obor adiktologie .....	78
6.3 Výhled do budoucnosti .....	81
6.4 Hodnocení kvality vzdělání adiktologů .....	84
6.5 Aspekty profese adiktologa v praxi .....	90
<b>7. DISKUZE .....</b>	<b>101</b>

7.1 Rámec a praxe oboru adiktologie .....	101
7.2 Vzdělávání v adiktologii.....	105
7.3 Pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie .....	109
7.4 Identita profese a etablování do praxe .....	116
7.5 Silné stránky a limity práce, implikace pro další výzkum .....	118
<b>IV. ZÁVĚRY .....</b>	<b>120</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>121</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>121</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>122</b>
<b>POUŽITÉ ZKRATKY .....</b>	<b>122</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>123</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>140</b>
<b>Příloha 1:</b> Dotazník pro absolventy studijních programů adiktologie.....	140
<b>Příloha 2:</b> Struktura otázek pro interview se zaměstnavateli.....	154

## ABSTRAKT

**Východiska:** Obor adiktologie má v ČR i ve světě dlouhou a rozmanitou historii, do níž se řadí i rozvoj možností vzdělávání pracovníků, kteří se v něm pohybují. V posledních desetiletích hovoříme o vynoření nové profese adiktologa. Na základě analýzy českého studijního programu adiktologie a výzkumu mapování podobných programů v zahraničí jsme identifikovali potřebnost zpětné vazby v podobě informací, jak se absolventům specializované disciplíny daří při vstupu na trh práce a při integraci do existujících systémů služeb. Studie v takovém rozsahu nebyla v ČR dosud provedena, v zahraničí jsme našli pouze dílčí pokusy.

**Cíle:** Hlavním cílem bylo dle výzkumných otázek zjistit míru pracovní uplatnitelnosti absolventů adiktologie na trhu práce a konkrétní charakteristiky s tím spojené, a to v komplexní zrcadlové podobě dat od absolventů i jejich potenciálních zaměstnavatelů.

**Metody:** Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami respondentů, absolventy studia adiktologie a zaměstnavateli z řad adiktologických služeb. Absolventi byli vybráni metodou totálního výběru, návratnost činila téměř 60 %. Výběr zaměstnavatelů odrážel zastoupení všech krajů ČR a všech typů organizací. Celkem bylo zapojeno 18 organizací. Data od absolventů byla sbírána vlastním dotazníkovým šetřením, v elektronické podobě kódována a vyhodnocena pomocí deskriptivní a analytické statistiky. Se zaměstnavateli byla realizována polostrukturovaná interview. Data byla transkribována do elektronické podoby, kódována, kategorizována a popsána. Výzkum naplňuje principy evaluačního šetření a případové studie. Etické otázky byly dodrženy.

**Výsledky:** V oboru adiktologie je aktuálně zaměstnaných 58 % absolventů. Nejvíce jich působí v nízkoprahových a ambulantních službách, pokrývají však celý systém adiktologické péče. Existuje statisticky významný vztah mezi prací během studia a aktuálním zaměstnáním v oboru. Více než 50 % absolventů pracuje v Praze. 69 % osob má kromě adiktologie i další kvalifikaci. Polovina respondentů působí na pozici „adiktolog“, ta má významný vztah k práci ve zdravotnickém zařízení a k vykazování výkonů zdravotní pojišťovně. V sociálních službách je využívána pozice „další odborný pracovník“. Pro zaměstnání adiktologa je nutné překonat systémové překážky. Vyšší plat mají muži, respondenti na pozici adiktolog, starší respondenti s delší praxí a ti, kdo pracují ve státních, zdravotních službách. Průměrná výše mzdy v organizacích byla pro absolventa bez praxe 21 400,- Kč. Významnými faktory v zaměstnání jsou dobrý kolektiv a možnost terapeutické práce. V oboru aktuálně nepracuje 69 osob, z nich si 39 práci v adiktologii nikdy nehledalo. Hlavními důvody byly nízké finanční ohodnocení, nedostatek pracovních příležitostí, ale také zajímavá nabídka v jiném oboru. Při výhledu do budoucnosti chce většina absolventů pracujících v oboru v něm i nadále setrvat, 20 % plánuje založení rodiny. Z těch, kteří pracují mimo obor, by se do oboru chtěli vrátit ti, kteří mají zkušenost s takovou prací anebo ji primárně hledali. 72 % absolventů hodnotilo kvalitu vzdělání jako vysokou či spíše vysokou. Nejhuře ji hodnotili absolventi pouze Mgr. stupně. Zaměstnavatelé oceňují zdravotnické znalosti a úzkou specializaci adiktologů. Poptávka po profesi adiktologa je, výše ji hodnotí absolventi pracující v oboru. Zaměstnavatelé mají převážně o adiktology zájem, jednoznačně však preferují kvalitní zaměstnance obecně. 51 % absolventů pracujících v oboru je členem České asociace adiktologů (ČAA), výrazně více absolventi Bc. stupně a ti, kdo pracují v klinické praxi. Zaměstnavatelé o ČAA vědí, znají její roli a spolupracují s ní.

**Závěry:** Výzkum přinesl klíčové informace o procesu integrace profese adiktologa na trh práce. Zjištění ukazují na pozitivní zkušenosti zaměstnavatelů se zaměstnáváním absolventů studijních programů adiktologie, i na relativně vysokou míru jejich pracovní uplatnitelnosti. Získané informace týkající se hodnocení vzdělání i aktuálního dění v oboru adiktologie budou využity ve spolupráci s Klinikou adiktologie a Českou asociací adiktologů, i v rámci procesu internacionalizace oboru pro přenos zkušeností a replikace výzkumu.

### Klíčová slova

Absolvent - adiktologie – internacionalizace - pracovní uplatnitelnost - studijní program – univerzita

## ABSTRACT

**Background:** The addictions field has a long and diverse history including development of education for professionals who work in it. In last decades we witness an emergence of a new profession of addiction specialist. Based on analysis of the Czech study programme of addictology and the overview of similar programmes in abroad we identified a need for feedback how the graduates in specialized discipline are successful in entering the labour market, and integration into the existing service systems. Such an extensive survey has never been conducted in the CR, abroad we found only limited attempts.

**Aims:** The main aim was to find out the employability rate of study programme addictology graduates and its specific characteristics, both from the view of the graduates and their possible employers.

**Methods:** The sample was created by two groups of respondents, addictology graduates and employers from the addictological services. For graduates the total sampling was used, the number of questionnaires returned was almost 60%. The employers sampling reflected all regions of the CR and all types of organizations. The sample was created by 18 organizations. For the graduates, we used our own questionnaire, data was acquired in electronic form, then coded and evaluated using descriptive and analytic statistics. We conducted semi-structured interviews with the employers. Data was transcribed to the electronic form, coded, categorized and described. The survey is based on the evaluation and case study methods. All ethical issues were kept.

**Findings:** Currently, 58% of addictology graduates work in the field. The most works in the low-threshold and outpatient services, although they cover all types of services in the field. The statistically significant relation is between working during studies and current employment in the addictions field. More than 50% of graduates work in Prague region. 69% have another qualification except for the addictology. Half of the respondents work on the position of „addictologist“, that has a significant relation to working in the health services and to the payment contracts with health insurers. In the social services, position of „other professional worker“ is used. For employing the addictologist some system barriers need to be overcome. Higher salaries are seen in men, respondents working on the addictologist position, older respondents with longer practice, also those who work in state and health services. Average month salary of the graduates without practice was 21 400,- CZK in the organizations. Meaningful employment factors contained good work team and therapeutic work. In total, 69 persons do not work in the addictology field, 39 of them has never looked for such a job. The main reasons were low financial remuneration, lack of work opportunities and interesting job offer in another field. For the future, most of the graduates in the field would like to stay, 20% would like to have a family. From those who do not work in the field, those who had worked or looked for a job in the addiction services would prefer to get back to the field. 72% of the graduates evaluated the quality of education as high or mostly high. Worst evaluation was seen in the master's programme graduates. Employers appreciated especially the healthcare knowledge and narrow specialization of the addictologists. The demand for the profession of addictologist is high, even higher in the graduates' working in the field view. The employers are interested in employing the addictologists, yet their primary aim is to have the quality staff generally. 51% of the graduates in the field are members of the Czech Association of Addictologists (CAA), more probably the BS graduates and those who work in the clinical practice. Employers know about CAA, know its role and cooperate with it.

**Conclusions:** The research brought key information about the process of integration of the profession of addictologist into the labour market, the findings seem to show positive experience of employers with employing the addictology graduates, and their relatively high employability rate. Information related to the education evaluation and current development in the field will be used in cooperation with the Department of Addictology and CAA, and also in the internationalization of the field for experience sharing and the research replication.

### Key words

Addictology – employability - graduate – internationalization - study programme – university



## I. ÚVOD

Téma práce vychází z dlouhodobého zájmu o vzdělávání v oboru adiktologie, který se rozvíjel přirozeně mým vlastním předchozím studiem adiktologie v bakalářském a navazujícím magisterském stupni, a následně se posunem do pozice akademického pracovníka, který je zodpovědný za praktickou výuku studentů adiktologie, přetvořil v hlavní pracovní zaměření na evaluaci a rozvoj studijních programů adiktologie v ČR. Díky hledání inspirace, postupnému objevování kolegů, kteří podobné programy nabízejí v zahraničí, mnohdy již řadu let, jsme se více otevřeli skutečnosti, že na světě nejsme jediní a možná ani nejsme ve všech aspektech inovativní tolik, jako jsme si dosud mysleli. Adiktologie jako studijní obor byla v České republice poprvé vyučována v roce 2005, po období diskuzí, příprav a sérii jiných forem vzdělávání. Vznikala samostatně, odborně vycházela ze zkušeností zakladatelů a významných osobností v oboru tehdy nazývaném AT, alkoholismus a toxikomanie. Vznikala v kontextu historického vývoje naší země, avšak víceméně bez vědomí o jiných programech nabízených za hranicemi, a bez spolupráce s nimi. Takto vznikl v České republice jedinečný studijní program nejprve v bakalářském stupni, který je vyučován na platformě lékařské fakulty, a absolventi se stávají nelékařskými zdravotnickými profesionály. Postupně vznikala magisterská a nakonec i doktorská úroveň vzdělání, v současné době je tedy adiktologie uceleným univerzitním vzděláním zakotveným v české legislativě.

Postupně zaměstnanci Kliniky adiktologie začali publikovat informace o studijním programu adiktologie v zahraničních časopisech, získávali informace o zahraničních programech, a český, tzv. pražský model komprehenzivního univerzitního vzdělání v adiktologii, může být konfrontován s jinými zkušenostmi. Otevírá se inspiraci ze zahraničí, a jedním z cílů této práce bylo zaměřit se cíleně na zmapování podobně zaměřených studijních programů ve světě, i proto, že takto komplexní mapování dosud nebylo provedeno či publikováno, souhrn výsledků bude uveden v závěru teoretické části práce.

Součástí analýzy české adiktologie byly nezbytně také otázky na to, jakým způsobem se univerzita, potažmo Klinika adiktologie, starají o to, jak vybavení odcházejí absolventi, kde nacházejí své pracovní uplatnění, jak jsou při tom úspěšní a co jim schází. Stejně jako v případě mapování existujícího vzdělávání v adiktologii, ani komplexní výzkum pracovní uplatnitelnosti absolventů adiktologie nebyl doposud proveden. Za využití postavení autorky práce byli tedy poprvé osloveni všichni absolventi bakalářského a magisterského stupně studia adiktologie z let 2005-2016. Zdá se, že podobné výzkumy (ať již takto komplexní anebo pravidelně prováděné na menším vzorku respondentů) nejsou ani v zahraničí v adiktologii běžně realizované, případně publikované v odborných časopisech. Nemáme tedy informace pro srovnání výsledků, nicméně můžeme naše výsledky využít pro navázání spolupráce a případnou realizaci srovnávacích studií. Každá univerzita by měla mít zájem na tom, aby její absolventi nacházeli ve společnosti uplatnění. Výzkumy uplatnitelnosti jsou klíčovou a cennou zpětnou vazbou, která umožňuje zhodnocení, ale i rozvoj programu.

V teoretické části reflektujeme logický proces uvažování nad vzděláváním pracovníků v adiktologii – než můžeme někoho začít vzdělávat, je potřeba vědět, kdo takové vzdělání potřebuje, v jakých typech služeb a zařízení pracuje (jaké služby jsou dostupné) a s jakými cílovými skupinami. Potřebujeme tedy nejprve znát, kdo jsou klienti adiktologických služeb, jaké služby využívají, kdo v těchto službách pracuje a jak. A poté se teprve můžeme podívat na potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání. Bude popsán proces vývoje studijního programu adiktologie v ČR, který následně zasadíme i do mezinárodního kontextu a podíváme se na souhrnné výstupy mapování podobných zahraničních studijních programů, které realizovala autorka práce jako dílčí cíl svého doktorského studia.

Praktická část je postavena na výsledcích komplexního výzkumu pracovní uplatnitelnosti profese adiktologa na trhu práce. Tento byl realizován zrcadlově, výsledky byly získány jak od samotných absolventů adiktologie, tak od zástupců organizací poskytujících adiktologické služby, jejich potenciálních zaměstnavatelů. Zjištěné informace přinesou zpětnou vazbu a doporučení pro Kliniky adiktologie, která vytváří obsah studia adiktologie, i pro Českou asociaci adiktologů, jakožto profesní společnost zastupující profesi adiktologa v praxi.

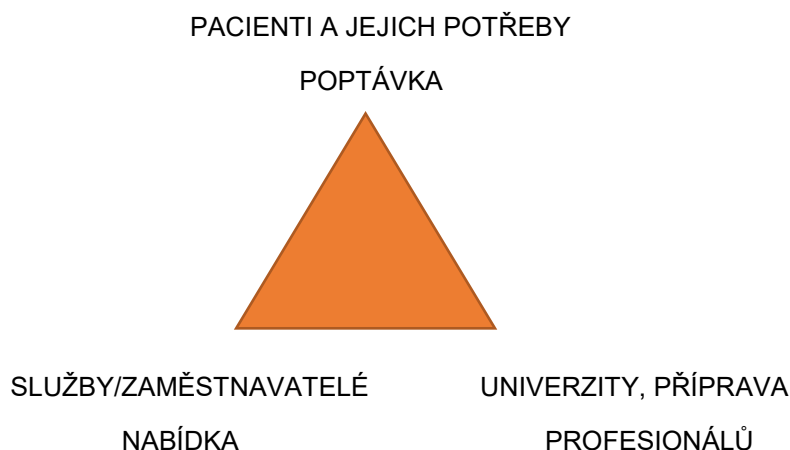
Celá práce je postavena jako případová studie vzniku a rozvoje studijního programu adiktologie v ČR v kontextu historického i současného vývoje celého oboru, a směřuje k evaluaci pracovní uplatnitelnosti absolventů studia – zdravotnických nelékařských pracovníků, adiktologů, ve stávajícím systému. Česká zkušenost je poté rámcově zasazena do mezinárodního kontextu.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. ADIKTOLOGIE: VÍME, O ČEM MLUVÍME?

Chceme-li se úzce zaměřit na problematiku vzdělávání v oboru adiktologie, a v souvislosti s tím na pracovní uplatnitelnost absolventů specifických vzdělávacích (vysokoškolských) programů, potřebujeme vědět, o čem vlastně mluvíme, když je řeč o adiktologii. Celý obor prošel za poslední století rozmanitým vývojem, ať v oblasti přístupu k problematice užívání návykových látek a závislostí, v oblasti vzdělávání a profesní přípravy, či v samotné terminologii. Dosud není možné jednoznačně spoléhat na „všeobecnou znalost“, na to, že všichni víme, co myslíme, když o adiktologii čteme, píšeme a diskutujeme. Tato práce se tak kromě v úvodu zmíněných cílů nezbytně dotýká i hledání definic a vymezení oboru i profese, které dnes v ČR shodně nazýváme adiktologií, a otevírá tak prostor pro diskuzi, přerámování, sjednocování a další vývoj s cílem podpořit identitu a profesionalitu oboru. Nepřináší jednoznačné koncepty, naopak bere v úvahu ty existující, polemizuje a v některých ohledech možná nabourává ty, které se dosud jednoznačnými být zdály.

Profesionalizace a proces vzdělávání jsou pomyslným vrcholem oboru, nicméně nemohly by se rozvíjet bez vědomí identity oboru, bez znalosti potřeb cílových skupin a bez pracovníků, kteří vytvářeli a stále utvářejí konkrétní služby pro osoby užívající návykové látky, závislé či ohrožené nelátkovými závislostmi. Obrázek č. 1 ilustruje model, z něhož v práci vycházíme.



Obrázek č. 1: Součásti tvořící obor adiktologie a jejich vztah

#### 1.1 Vymezení pojmu adiktologie

Obor adiktologie je stále mladý, živý, „doted“ nevíme, co je nejlepší přístup, a tak neustále zkoušíme nové věci“ (Běláčková, 2007, p. 480) v návaznosti na jeho vývoj a proměny. Ruku v ruce s tím se mění také terminologie, kterou využíváme pro pojmenovávání jeho dílčích aspektů i samotné podstaty. Složitost a komplexitu celého procesu odráží skutečnost, že ještě v roce 2009 (Miovský, 2009) nepanovala jasná shoda v tom, jaká je definice oboru adiktologie a čemu budeme jak říkat, jak označíme pracovníky v této oblasti apod. Termín adiktologie tak původně označoval výhradně nelékařský zdravotnický obor, adiktologem byl ten, kdo vystudoval studijní program adiktologie, jak je uvedeno v legislativě (Miovský, 2009). Nicméně diskuze se vyvíjela a pojem adiktologie dnes označuje v širší definici celý obor, kam spadají jak odbornosti adiktologa, tak psychiatra a dalších. Než jsme k takové shodě dospěli, prošel obor řadou dílčích proměn, např. od původního označení služeb jako drogových, případně ještě dříve protidrogových, ke službám adiktologickým, které zahrnují programy určené uživatelům návykových látek (dále NL), závislým, patologickým hráčům, jejich příbuzným. Libra (2014) zdůrazňuje, že „tyto služby jsou multidisciplinární a většina pracovníků v nich

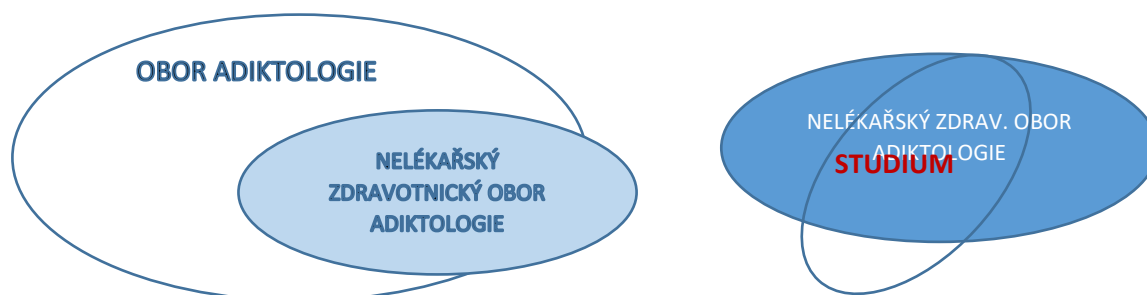
nejsou ani adiktologové zdravotníci, ani adiktologové nezdravotníci, ani multidisciplinární vědci“ (p. 207), jelikož podle něj nás k oboru nepoutá dosažené vzdělání, ale skutečnost, že „s oborem své praktické činnosti jsme identifikováni zejména svými investicemi, vlastním porozuměním a reálnými pozicemi“ (p. 207, 208). I proto je klíčové věnovat pozornost terminologii, kterou využíváme a především významům, které do ní vkládáme. Protože s novými termíny a koncepty nezbytně narážíme na hranice a je důležité vnímat rizika takové proměny a očekávat nesouhlas. S tím souvisí i otevřenost vůči diskuzi a akceptaci jiných názorů. K takové diskuzi mohou sloužit například profesní asociace, jako jsou v ČR v roce 2009 vzniklá Česká asociace adiktologů či Společnost pro návykové nemoci České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Nicméně i pro ně je výzvou rozřešit některé přetrvávající hádanky oboru. Příkladem může být označení lékařské specializace v adiktologii v současné legislativě pojmem „obor návykových nemocí“, který udržuje dichotomii mezi tradiční a současnou terminologií (Miovský, 2009). Radimecký (2007) přidává ještě mezinárodní rozměr, když hovoří o možné nevýhodě termínu adiktologie vzhledem k překladu do anglického jazyka (addictology). Závislost má v angličtině dva různé překlady, addiction a dependence, kdy první uvedený pojem odkazuje k biologické podstatě závislosti, a tedy k medicínskému pojetí závislosti jako nemoci, kdežto dependence více respektuje akceptovaný bio-psycho-socio-spirituální přístup. Nicméně nezdá se, že by používaný pojem přinášel výrazné potíže. Dokladem toho může být velké množství zahraničních studijních programů, jejichž názvy zahrnují pojem „addiction“ (Pavlovská, Miovský, Babor, & Gabrhelík, 2017) nebo příklad Francie, kde je pojem využíván shodně s ČR (vznikly však nezávisle na sobě) (Babor, 2000). Miovský (2017) se v souvislosti s internacionalizací oboru zmiňuje o náročnosti sdílení ve smyslu různorodosti jazykových a kulturních významů adiktologie i vzdělávání v ní, již v minulosti pojmenoval rozvíjející se práci Mezinárodní společnosti editorů adiktologických časopisů (ISAJE) na tzv. addictionary, tedy slovníku základních pojmů v adiktologii, jejich převodníku mezi jednotlivými jazyky, a také přesnějším výkladu (Miovský, 2010). Cílem mělo být propojení trendů v terminologii s historickými tradicemi oboru adiktologie. I tento proces pomáhá dokreslit obraz nesnadno definovatelných hranic oboru adiktologie, a to směrem ven k jiným odbornostem, ale také směrem dovnitř, k diskuzi mezi odborníky o tom, co je adiktologie, jak ji chápeme, o čem hovoříme, když tento pojem používáme, jak se vztahuje ke klinické praxi, ke službám, k vědě a výzkumu, ke vzdělávání a identitě profesionálů.

Historicky je „adiktologie oborem, který neměl jednoduchou cestu a pozici, a přitom v moderní společnosti zasahuje obrovské množství lidí; návykové látky a zdraví škodlivé návyky často zásadním způsobem mění osudy mnoha jednotlivců i celých rodin, či dokonce sociálních skupin“ (Šejvl & Miovský, 2013, p. 76). Obor má v ČR kořeny daleko za Jaroslavem Skálou a Apolinářem v roce 1948, Miovský (2016) se zmiňuje o stopách v meziválečném období, i v historii c. k. monarchie, a tyto se do současné podoby adiktologie nutně promítají. Adiktologie, jakožto multidisciplinární obor, je vystavěna na základech položených dalšími disciplínami, mezi nimiž dominuje medicína reflektující emergenční komponentu adiktologické péče (Miovský, 2007). Podle Miovského (2007) je právě tato priorita jádrem oboru adiktologie, na nějž pak nahlížíme primárně jako na zdravotnický obor. Dalšími spoluutvářejícími obory jsou psychologie, sociální práce, politika, pedagogika a speciální pedagogika, religionistika, právo, kriminologie, ekonomie. V současnosti je pojem multidisciplinární nahrazován přesnějším pojmem transdisciplinární, který označuje schopnost adiktologa nikoliv integrovat v sobě znalosti všech zmíněných disciplín, ale vystavět práci s klientem na znalostech těchto oborů a propojování se zkušenostmi příslušných odborníků, schopnost překročit hranice disciplín a šít péči klientovi na míru (Miovský et al., 2016). Sklenář (2013) doplňuje, že obor adiktologie integruje různé disciplíny a zastřešuje různé odbornosti (lékaři, nelékaři – adiktologové, zdravotní sestry, kliničtí psychologové, sociální pracovníci atd.).

Mezi paradigmata, jimiž adiktologie a přístupy k uživatelům NL a závislým historicky procházely, patřilo morální paradigma (abúzus a závislost jsou chápány jako morální poklesky či hříchy), oproti tomu pojetí závislosti jako nemoci vedlo k představě, že závislost je chronické, recidivující onemocnění a plné vyléčení tedy není možné. Kombinace těchto dvou přístupů

dodnes odráží přístup svépomocných hnutí typu Anonymní alkoholici (Anonymní alkoholici, 2016). Dalším bylo paradigma psychologické, předpokládající, že závislost je naučeným chováním, a lze ho přeučit či eliminovat. Sociální paradigma doplnilo perspektivu o roli sociálního prostředí, které může výrazně ovlivnit život a fungování jednotlivců. Spojení psychologického a sociálního paradigmatu stálo u zrodu konceptu abstinencně orientované léčby závislosti a modelu bezdrogových terapeutických komunit (Kalina et al., 2015). Dalším z klíčových přístupů v adiktologii byl přístup public health, jehož cílem bylo ochránit veřejnost před negativními důsledky užívání NL a závislostí, a z nějž postupně vzešel přístup harm reduction, jenž ho rozšířil o ochranu zdraví a zájmů samotných uživatelů NL. Od všech zmíněných pojetí se adiktologie posunula k paradigmatu multifaktoriálnímu, které můžeme chápat jako revitalizaci bio-psycho-sociálního paradigmatu, k němuž se v adiktologii dosud odkazujeme (Kalina et al., 2015). Podstatou je, že vznik, vývoj a udržování závislosti jsou podmíněny interakcí různých faktorů z různých oblastí. Pojetí se vztahuje ke zdraví a nemoci obecně, a reflektuje, jak by měl vypadat přístup k prevenci, léčbě a doléčování, i k výzkumu problematiky závislostí. Kalina et al. (2003, 2015) zmiňují i rozšířený model se spirituální, respektive existenciální složkou. Česká adiktologie svým bio-psycho-socio-spirituálním přístupem k závislosti plyne v hlavním proudu světového vývoje studia, poznání a realizace opatření v oblasti užívání drog, jejich prevence, léčby a výzkumu (Radimecký, 2007). Jednotlivým teoriím závislosti historicky i v současnosti se věnuje publikace Westa (2013).

V současnosti panuje shoda v definici adiktologie jakožto „oboru zabývající se prevencí, léčbou a výzkumem závislostního typu chování bez ohledu na to, zda je takové chování vázáno na určitou substanci či na určitou činnost, dochází-li k prokazatelné újmě či poškození jedince, jeho okolí nebo společnosti“ (Miovský, 2007, p. 35). Adiktologie, jak obor chápeme v ČR, je oborem komplexním, pokrývajícím celé spektrum pilířů protidrogové politiky, tj. prevence, léčby, harm reduction, opatření snižování nabídky návykových látek, ale také činným v oblastech vzdělávání, výzkumu a vědy. Libra (2014) přehledně shrnuje, kam sahají hranice oboru adiktologie dnes, kdy se pojem adiktologie postupně vžil v širším slova smyslu pro označení oboru zabývajícího se problematikou závislostí. V užším slova smyslu ho používáme v názvu studijního nelékařského programu nabízeného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze od zahájení akademického roku 2005/2006, a také pro pojmenování nelékařské zdravotnické profese adiktologa definované zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Stejný termín využíváme již 18 let také jako název odborného oborového periodika Adiktologie (Gabrhelík & Miovský, 2014). Klíčové je téma uplatnění adiktologů ve zdravotně-sociálních službách, hledání pozice na trhu práce a spolupráce s dalšími profesemi, i pojetí adiktologie jako vědního oboru. Hlavní oblasti jsou zobrazeny na obrázku č. 2, kde je patrné, že celý obor zahrnuje odborníky z různých disciplín, z nichž jednu linii tvoří profese adiktologa. Tito získali své vzdělání ve velké většině absolvováním studijního programu adiktologie (zbývající část využila možnosti uznání kvalifikace v přechodném období, viz dále). Pro účely této práce budeme vycházet ze souvislostí uvedených na obrázku a z výše uvedené definice Miovského (2007).



Obrázek č. 2: Pojem adiktologie v různých pojetích a jejich souvislosti

## 1.2 Základní oborové platformy

Jsou zmíněny pouze hlavní společnosti, které mají významný vliv na utváření podoby oboru adiktologie v ČR.

### ***Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SNN ČLS JEP) a AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP***

Společnost pro návykové nemoci byla založena v roce 1993 jakožto odborná společnost sdružující profesionály z oblasti prevence, léčby a výzkumu poruch způsobených škodlivým užíváním NL. Historicky navázala na činnost Sekce pro studium alkoholismu a jiných toxikomanií (založena roku 1956) při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně, která je stále aktivní. Jako servisní organizace SNN vznikl Český adiktologický institut, který zabezpečuje vzdělávání odborníků a podílí se na realizaci odborných akcí a konferencí (<https://snncls.cz/cesky-adiktologicky-institut/>). V roce 2008 byl vytvořen kurz „Úvod do oboru návykových nemocí“ v rámci Subkatedry IPVZ, který se stal základem pro řadu lékařských oborů v rámci předatestační přípravy. Později se povedlo prosadit dokonce povinnost absolvovat tento kurz pro všechny lékaře v přípravě (Miovský, 2009). SNN spolupracuje se všemi v oboru adiktologie zainteresovanými subjekty jako jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) či Česká asociace adiktologů (ČAA) či například hepatology a infektology. Společnost má klíčovou roli při přípravě koncepčních dokumentů oboru, příkladem může být návrh koncepce léčby návykových nemocí, kterou připravila skupina pod vedením dr. Jeřábka pro Psychiatrickou společnost, či koncepce ambulantní péče v adiktologii. Úkolem SNN je také připomínkování legislativních dokumentů (Miovský, 2009).

### ***Asociace nestátních organizací (A.N.O.)***

A.N.O. je profesní a odbornou organizací, která zastřešuje adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním. Vznikla v roce 1995 a v současnosti sdružuje více než 22 organizací. Její činnost zahrnuje připomínkování legislativních návrhů a klíčových dokumentů oboru, prostřednictvím odborných sekcí zprostředkovává sdílení příkladů dobré praxe, pořádá vzdělávací akce a komunikuje s médii („Odborné společnosti“, 2018).

### ***Česká asociace adiktologů (ČAA)***

ČAA je odborná, stavovská organizace sdružující absolventy studijního programu adiktologie a další pracovníky působící v oboru adiktologie v ČR. Byla založena v roce 2009, a k březnu 2018 evidovala celkem 137 registrovaných členů. Mezi její činnosti patří rozvoj nelékařského zdravotnického oboru adiktologie, celoživotní vzdělávání, výzkum a posilování postavení a možností členů sdružení (adiktologů) v ČR i v zahraničí. Asociace spolupracuje v příslušných ministerstvy a dalšími subjekty v oboru, jako jsou SNN, Klinika adiktologie či další asociace, např. Česká asociace sester, Asociace klinických psychologů či Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

## 2. KLIENTI (UŽIVATELÉ) ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB

### 2.1 Rozsah užívání návykových látek a závislostního chování

První výroční zpráva o stavu ve věcech drog byla v České republice zpracována za rok 2001 (Zábranský et al., 2002). V tehdejší době mezi zásadní problémy patřily nárůst rekreačního užívání marihuany, zejména v populaci ve věku 15-25 let, celoživotní prevalence užívání marihuany ve věku 15-19 let byla 46 %, a nárůst obliby užívání extáze (v té době se jednalo o celoevropský trend). Počet problémových uživatelů drog (dále PUD) (EMCDDA, 2009; Thanki & Vicente, 2013 – revize definice problémového užívání) byl stabilní na 37 500 osob. Mezi lety 1998-2001 docházelo k nárůstu obliby užívání heroinu oproti pervitinu. Stoupal podíl 16letých osob se zkušenostmi s užitím legálních i nelegálních drog, zejména marihuanou. Alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou mělo 16 % obyvatel ČR, i zde se jedná převážně o konopí nebo hašiš (Zábranský et al., 2002).

V roce 2001 vyhledalo léčbu v souvislosti s drogami poprvé ve svém životě 4233 osob v průměrném věku 21,3 let. Věk zájemců o léčbu se v posledních letech zvyšuje. Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využívalo přibližně 8 tisíc PUD ročně. S nízkoprahovými službami bylo v kontaktu přibližně 40 % uživatelů. „Na trendu nárůstu uživatelů v kontaktu se podílí zejména přizpůsobení nabídky služeb potřebám klientů“ (p. 8). Již v roce 2001 byla nedostatečná kapacita v substitučních programech, které doposud nejsou dobře dostupné. Platí, že v ČR je velmi nízký výskyt HIV infekce, jak v populaci, tak mezi UD. Promořenost VHC je u UD cca 30 %. K takto pozitivním výsledkům přispívalo nepochybně včasné zavedení programů postavených na principech harm reduction v 90. letech. Nebylo neobvyklé úmrtí z předávkování opiáty, zejména heroinem (30 osob) (Zábranský et al., 2002).

Pro srovnání, v roce 2016 je prevalence užití konopných látek v obecné populaci v ČR ve věku 15-64 let dlouhodobě stabilní, v kategorii mladí dospělí (15-34 let) je trend spíše klesající. Alespoň jednou užilo nelegální drogu 30,5 % obecné populace (nejčastěji se jednalo o konopné látky). 17,3 % dotázaných užilo v posledních 12 měsících psychoaktivní léky, jejich užívání se zvyšuje s věkem respondentů. V mladších věkových kategoriích převažuje užívání opioidních analgetik, v kategoriích nad 35 let pak užívání léků na uklidnění a na nespavost (Mravčík et al., 2017).

Denně kouří 26,6 % osob, roste obliba elektronických cigaret (prevalence v posledním roce téměř 8 %) (Mravčík et al., 2017). Alkohol v posledních 30 dnech užilo 71 % respondentů, 13 % uvedlo pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně (5 a více sklenic). Platí, že přibližně 600 tisíc osob konzumuje alkohol denně, z toho 100 tisíc v nadměrných dávkách, přibližně 1,6 milionu osob se nachází v riziku vzniku problémů spojených s konzumací alkoholu, 900 tisíc pak ve vysokém riziku. V dospělé populaci EU se prevalence užití alkoholu v posledních 12 měsících pohybuje mezi 0,1-6,6 %, v přepočtu hovoříme o 7,2 milionech osob.

Hlavní problémovou nelegální drogou v ČR je pervitin (metamfetamin), z opioidů se jedná o buprenorfin, heroin a o opioidní analgetika. Průměrný věk PUD roste, ženy tvoří přibližně 30 %. V roce 2016 byl odhad počtu PUD 46,8 tisíc osob, z toho 34,3 tisíc byli uživatelé pervitinu. V této skupině převažuje injekční užívání drog. Nejvyšší relativní počet PUD je odhadován v Praze a Ústeckém kraji, dále v Karlovarském a Libereckém kraji.

V kontaktu s pomáhajícími programy je v ČR přibližně 70 % PUD (Mravčík et al., 2017). V roce 2016 bylo nově diagnostikováno 7 případů HIV infekce, kdy k přenosu došlo při injekční aplikaci drogy, prevalence stále zůstává pod 1 %.

Vztah mezi užíváním NL a nepříznivou socioekonomickou situací je obousměrný. V populaci PUD je častý vysoký podíl nezaměstnanosti, bezdomovectví, zadlužení. Pro klienty ze sociálně vyloučených lokalit neexistují specializované adiktologické programy (Mravčík et al., 2017).

Typ návykové látky	Věková skupina 15-64 let		
	Muži	Ženy	Celkem
<b>Kouření tabáku</b>			
V životě	70,6	52,9	61,4
V posledních 30 D	39,7	22,4	30,7
Denně	35,6	18,3	26,6
<b>Elektronické cigarety</b>			
V životě	23	15,8	19,2
V posledních 12 M	9,9	6,1	7,9
V posledních 30 D	3,2	2	2,6
Denně	0,8	0,5	0,7
<b>Konzumace alkoholu</b>			
V posledních 12 M	88,5	76,4	82,3
V posledních 30 D	81,4	61,5	71,1
Binge drinking min. 1x týdně	19,9	6,6	13
Binge drinking denně	2,2	0,4	1,3
<b>Psychoaktivní léky</b>			
V posledních 12 M	11,9	22,3	17,3
Sedativa a hypnotika	6	13,5	9,9
Opioidní analgetika	6,1	10,1	8,1
Stimulační léky	0,6	1,2	0,9
V posledních 30 D	6,1	14,5	10,5
Sedativa a hypnotika	3,4	8,6	6,1
Opioidní analgetika	3	7,2	5,2

Tabulka č. 1: Prevalence kouření, konzumace alkoholu a užívání psychoaktivních látek v obecné populaci v ČR za rok 2016, podle pohlaví (dle Mravčík et al., 2017)

Odhady z roku 2015 udávají, že 5 % celosvětové dospělé populace užilo návykovou látku alespoň jednou v uvedeném roce (čtvrt miliardy osob). Více než 29,5 milionu uživatelů NL (0,6 % populace) trpí některou z poruch z užívání NL (UNODC, 2017). V Evropské unii je celoživotní prevalence užití nelegální návykové látky v populaci ve věku 15-64 let 25 %, tj. více než 96 milionů osob. Nejčastěji užitou drogou je konopí. Užívání drog v posledním roce se vyskytuje převážně u mladých dospělých (15-34 let), a pohybuje se na úrovni téměř 19 milionů osob (EMCDDA, 2018). Ročně je v EU diagnostikováno více než 9 milionů případů závislosti na NL, připočteme-li i tabák, dostaneme se na 37 milionů osob. Poruchy z užívání návykových látek se řadí na nejvyšší příčky v četnosti psychiatrických poruch (Miovský, 2007).

Zábranský et al. (2001) realizovali v roce 1998 studii PAD, kdy se soustředili na analýzu ekonomických nákladů na zneužívání nelegálních návykových látek (zdravotní péče, ušlá produktivita, náklady na prosazování práva). Došli k číslu 2,8 miliardy Kč (tehdy 0,2 % HDP ČR). Výsledky analýzy jsou 20 let staré, v současné době se náklady vyšplhají výše, např. v roce 2007 dosahovaly společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR 56,2 miliardy Kč, z toho náklady na léčbu závislostí tvořily jen malý zlomek (Zábranský, Běláčková, Štefunková, Vopravil & Langrová, 2011). Vobořil (2015) udává souhrnný odhad společenských nákladů na užívání návykových látek a závislostní chování jako je patologické hráčství, ve výši 60-100 miliard Kč ročně. Uvedené náklady odrážejí i jedno z dalších specifík péče o uživatele NL, a tím je vysoká ekonomická náročnost řešení problémů s užíváním NL souvisejících. Jak je patrné, největší část nákladů je spojena s neléčenou skupinou uživatelů. Adiktologie je tak z hlediska počtu klientů a rozsahu ekonomických a jiných dopadů spíše středně velkým oborem (Miovský, 2007).



## 2.2 Vymezení konkrétních cílových skupin klientů

Cílová populace adiktologických a dalších souvisejících služeb je velmi rozmanitá a nachází se v různých fázích vývoje a potřeby péče. Vobořil (2007) vymezuje obecně klientelu drogových služeb jako extrémně náročnou a rizikovou. Zahrnuje riziko přenosu nejrůznějších infekčních onemocnění, kožních onemocnění atd. (tj. zdravotních rizik), a dále vyžaduje řešení situací, které se v jiných službách běžně nevyskytují, jako jsou fyzická agrese, informace o kriminálním chování klientů, pohled na chátování a ubližování si klientů, setkání se smrtí klientů. UNODC (2003) se pro účely plánování a implementace léčebných a rehabilitačních služeb pokusili rozdělit jejich uživatele do několika podskupin, k čemuž využili různá kritéria: věk a pohlaví, těhotenství či rodinné vzorce, typ užívané drogy, a další. Komplexní případy pak v sobě často zahrnují somatické a psychické poškození způsobené užíváním drog, závislost, pravidelnou injekční aplikaci, vysokou toleranci, další související komplikace. Dále rozlišili skupiny osob se specifickými potřebami. Sem patří mladí lidé a děti, ženy, senioři, klienti s duálními diagnózami, uživatelé drog bez domova, etnické minority, HIV pozitivní, klienti ve vězení.

Na tomto místě tedy krátce uvedeme spektrum klientů, volně dle struktury UNODC, s cílem popsat jejich základní charakteristiky a poukázat na obrovský rozsah oboru, který vyžaduje reakci ze strany stakeholderů, poskytovatelů služeb i vzdělavatelů v oboru adiktologie. Názorně to dokresluje uvedený rozdíl 15-20 let, kdy se proměnily cílové skupiny, jejich charakteristiky a potřeby (mezi příklady uveďme, že „mladí lidé dnes užívají kombinace různých drog, takže berou skoro všechno, nejen jednu drogu jako v minulosti“ (Běláčková, 2007, p. 480), ve velké míře se setkáváme s duálními diagnózami a komplexními problémy u klientů, rozvíjí se nabídka služeb pro klienty v privátní sféře atd.). Uvedený výčet rozhodně není úplný, navíc téma závislostí se rozrůstá s tím, jak se rozvíjejí moderní technologie (závislost na internetu, na online hrách, online sázení atd.), jak se objevují diskuze nad tím, které chování může mít návykový potenciál (závislost na cukru, na nakupování, na sexu, apod.) a s dalšími vlivy. Tím obor přirozeně směřuje k souvisejícím proměnám přístupů a reakcí na danou problematiku.

### **A. Klienti z hlediska užívané návykové látky či návykového chování**

Po zadání klíčového slova „addiction to...“ do vyhledávače databáze EBSCO jsme získali celé spektrum látek a chování, které mohou být klasifikovány jako závislostní. U některých, jako je závislost na návykových látkách, existuje bezpočet důkazů o jejich návykovém potenciálu, umíme je dobře definovat i k nim přistupovat. Jiným procesem prošly tzv. nelátkové závislosti, kdy např. závislost na internetu a online hrách (více např. Vondráčková Holcnerová, Vacek & Košatecká 2009) zatím není v klasifikaci nemocí zahrnuta, a patologické hráčství nefiguruje mezi diagnózami F10-F19 MKN-10, ale má označení F63 (nutkavé a impulzivní poruchy). Další, jako například závislost na plastických operacích, pornografii či práci, jsou předmětem diskuzí v odborné veřejnosti, zda a za jakých podmínek mohou být klasifikovány jako závislost.

Kromě závislosti, která má dle MKN-10 přesná diagnostická kritéria, můžeme rozlišit také užívání, které Jeřábek (2015) definuje jako jednorázové či opakované užívání, které nevede k zásadnímu poškození uživatele, a škodlivé užívání, jež tvoří diagnostickou kategorii v MKN-10 a je definováno jako takové, které vede k somatickému, psychickému či interpersonálnímu poškození jedince (Jeřábek, 2015).

### **Nealkoholové drogy**

Užívání návykových látek má své historické kořeny a tradiční i náboženské využití v různých kulturách. O užívání jednotlivých látek, ať už se jedná o opioidy (Cragg et al., 2017), stimulanty (Minařík, Gabrhelík, Malcolm, Pavlovská, & Miller, 2016 k metamfetaminu) či halucinogeny (např. Colace, 2010 k LSD; Drbohlavová & Mravčík, 2017 k THC), bylo publikováno široké množství výzkumů i článků. V ČR tvoří větší část uživatelů nealkoholových drog muži (39 % oproti 28 % žen). Charakteristiky této cílové populace se liší nejen v závislosti

na typu účinků drogy, ale také na její dostupnosti, ceně, přijatelnosti apod. Můžeme nicméně shrnout, že existuje vztah mezi užíváním NL a nepříznivou socioekonomickou situací, zejména tehdy, jsou-li nealkoholové drogy v dané zemi nelegální. Uživatelé drog zažívají sociální exkluzi, cca polovina z nich je nezaměstnaných (nejvíce u uživatelů pervitinu, 53 %), mnohdy nemají kde bydlet (67 % uživatelů pervitinu). V případě obstarávání finančních prostředků na nákup nelegálních drog není výjimkou páčání trestné činnosti, zejména krádeží či násilných trestných činů.

Do této skupiny můžeme řadit i specifická prostředí, v nichž jsou některé látky primárně užívány, např. taneční scéna a vysoká prevalence užití extáze, případně kokainu (Mravčík et al., 2017). Kulhánek (2015) hovoří o relativně nízké míře užívání kokainu v ČR, jde především o rekreační drogu užívanou mezi mladšími jedinci s vyššími příjmy.

Uživatelé jsou nepochybně jednou z cílových skupin adiktologické péče, nicméně pokud se podíváme na rozsah problémů působených tímto typem látek a v ČR legálními NL, alkoholem a tabákem, vidíme neoddiskutovatelně menší soubor klientů.

### **Alkohol**

Podle Vondráčkové & Šťastné (2012) pije alkohol škodlivě 58 milionů osob v Evropě a 23 milionů osob je na něm závislých (5 % mužů, 1 % žen). Česká republika patří mezi největší konzumenty alkoholu na světě. 2-3 % české populace přináší konzumace alkoholu problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc, 11-20 % pak pije ohrožujícím způsobem. Z tohoto podílu je léčených necelých 28 tisíc (Vondráčková & Šťastná, 2012). Čísla vypovídají o široké akceptaci alkoholu i jeho konzumace, alkohol je v ČR legální návykovou látkou. Velký rozsah konzumace se odráží v šíři charakteristik samotných uživatelů.

Podle Nechanské, Mravčíka, Šťastné & Brožové (2011) bylo v roce 2010 celkem 24 tisíc osob závislých na alkoholu léčeno v ambulantních službách, tento počet však významně převyšuje počet hospitalizovaných v ústavní léčbě závislosti (Vondráčková & Šťastná, 2012). Alkohol je v ČR široce dostupnou NL, má zde své historické kořeny, jeho konzumace je považována téměř za normu. Průměrný věk konzumace první sklenice alkoholu byl mezi populací 16letých v roce 2015 12,6 let, 95,8 % z této skupiny někdy v životě konzumovala alkohol, 68,5 % v posledních dnech (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). Na léčbu problémů a poruch způsobených konzumací alkoholu bylo v roce 2016 vydáno celkem 1145 milionů Kč (oproti tomu léčba u nealkoholových drog stála 562 milionů Kč) (Mravčík et al., 2017). Konzumenti alkoholu tvoří 80 % spáchaných trestných činů pod vlivem návykové látky.

### **Tabák**

Vysoká prevalence užívání tabáku řadí Českou republiku dlouhodobě mezi země s nejvyšší mírou kuřáků v kontextu Evropy. Celoživotní prevalence kouření tabáku je v ČR 61,4 %, v posledních 30 dnech kouřilo 31 % dotázaných, 26,6 % z nich kouřilo pravidelně každý den (Mravčík et al., 2017). Ještě výraznější je situace mezi 16letými, kde alespoň jednu zkušenost s kouřením mělo 66 % respondentů, v posledním měsíci kouřilo téměř 30 % nich. První zkušenosti se objevují ve věku 11,9 let (Chomynová et al., 2016).

Rozšiřují se zkušenosti s elektronickými cigaretami (19 % celoživotní prevalence, 8 % prevalence užití v posledním roce), zejména mezi mladšími věkovými skupinami (Kinouani, Pereira & Tzourio, 2017; Mravčík et al., 2017).

Charakteristiky kuřáků se liší mezi studiemi, výsledky potvrzují rozmanitost této cílové skupiny. V českém prostředí kouří více muži (27 %) oproti ženám (21 %), nejčastěji respondenti ve věkové skupině 15-24 let (35 %). Častěji kouří ti, kdo žijí na venkově než ve městě a více kouří osoby s nižším než vysokoškolským vzděláním (24 %, resp. 14 %) (Sovinová & Csémy, 2016). Raptou, Mattas & Katrakilidis (2009) zkoumali kuřáky v Řecku a zjistili, že častěji kouří ženy, avšak nižší množství, méně kouří lidé věřící a ti, kdo pracují či studují v prostředí, kde je kouření zakázáno. Pravděpodobnost kouření se zvyšuje u penzistů a lidí vykonávajících manuální práci. Také roste s mírou stresu a tehdy, kouří-li rodina a přátelé jedince. Jako protektivní faktor se ukazuje zájem o zdravý životní styl.

## **Zneužívání léků**

Zneužívání hypnotik a sedativ na bázi benzodiazepinů či jiných léků s návykovým potenciálem je rozšířené, zejména u žen ve středním věku (Nešpor, 2009). Mezi důvody patří stavy a emoční prožívání, na které léky vhodně působí, můžeme hovořit o uklidnění v případě stresu, zlepšení spánku u nespavosti, povzbuzení v případě pracovní zátěže apod. V posledních 12 měsících užilo psychoaktivní léky 17 % respondentů, v mladších věkových kategoriích převažuje užívání opioidních analgetik, ve starších pak užívání sedativ, anxiolytik a hypnotik (Mravčík et al., 2017). V USA se hovoří o epidemii zneužívání léků na předpis, především léků tlumících bolest, obvykle na opioidní bázi. Jeden z dvaceti lidí užil v posledním roce takový lék, v USA zaznamenali v roce 2012 17 tisíc úmrtí z předávkování opioidními analgetiky (SAMHSA, 2013). Nešpor (2009) se zmiňuje také o problematice zneužívání anabolických hormonů, zejména ve sportu, kulturistice. Rizika nejsou zanedbatelná, patří sem poškození jater, srdce, riziko mozkové mrtvice či změn v osobnosti. Také vysazování těchto látek s sebou nese rizika v podobě deprese či sebevražedných tendencí.

Mitra (2013) se zabýval opodstatněním využití opioidních analgetik v léčbě bolesti u pacientů se zhoubnými a nezhojnými maligními nádory. Léčba bolesti často zahrnuje využití nejsilnějších analgetik, tedy těch z řady opioidů (fentanyl, morfin). V ČR se Vondráčková (2006) pozitivně vyjadřuje o používání fentanylu při léčbě chronické bolesti. Tyto léky však bývají též zneužívány, ať samotnými pacienty, tak jinými osobami (Mravčík et al., 2017). Je nezbytné dodat, že užívání některých léků, případně odvykací stavy, mohou být život ohrožující, s čímž je nutné pracovat při poskytované péči.

## **Patologické hráčství a další nelátkové závislosti**

Patologické hráčství patří mezi návykové a impulzivní poruchy, v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) patří mezi poruchy impulzivity. V aktuálním vydání DSM-5 a MKN-11 bylo zařazeno mezi závislosti, jakožto nelátková závislost (APA, 2013). „Ačkoliv není zcela jasné, jakými mechanismy se stane to, že někteří lidé začnou hrát problémově, je jasné, že trvalé hraní vede do zoufalé spirály voleb, kdy je v hraní pokračováno zejména kvůli touze vyhrát peníze, získat zpět své ztráty a splatit dluhy“ (Licehammerová, 2015, p. 140).

Problematika hazardního hraní nabývá v posledních letech v ČR i ve světě (Cassidy, 2012; Griffiths, 2009) na významu. Alespoň jednu zkušenost v životě s hazardním hraním má v ČR přibližně polovina a v posledním roce třetina dospělé populace (Chomynová, Drbohlavová & Mravčík, 2015). Vzhledem k rostoucímu významu internetu, komunikace na sociálních sítích a rozvoji moderních technologií, roste také nabídka online hazardního hraní (Chomynová et al., 2015). Většina hráčských zkušeností zahrnuje loterie či stírací losy, dále klasické automaty, kurzové sázky a hazardní hry na internetu. Hraní online her se z hlediska rozvoje problémového hraní řadí k nejrizikovějším formám. Chomynová et al. (2015) uvádějí souhrn zjištění různých autorů týkající se faktorů vedoucích ke ztrátě kontroly, a tím k potenciálním problémům s hazardní hrou, konkrétně se jedná o pohodlí, nepřetržitou dostupnost, méně mezilidských kontaktů, možnost hrát pod vlivem návykových látek, bezhotovostní transakce, hraní více her současně.

Významně vyšší zkušenosti s hraním hazardních her uváděli muži a u některých typů her pak respondenti v mladší věkové kategorii (15-34 let). Nejmladší respondenti častěji zmiňovali hraní online. To potvrzují i výsledky studie ESPAD, které v roce 2011 hovořily o téměř 10 % dětí se zkušenostmi s hraním jednou či vícekrát v jednom roce, 3 % pak jednou měsíčně či častěji (Csémy & Chomynová, 2012). Odhaduje se, že podíl osob v riziku rozvoje patologického hráčství dosahuje 4,5-5 % obecné populace ve věku 15-64 let. Přibližně 0,6-1 % populace má závažné problémy s hazardním hraním a je v riziku vzniku patologického hráčství, konkrétně se jedná o 80-100 tisíc osob (Mravčík et al., 2014, 2015a; Vobořil 2015). Až 30 % nezletilých osob v ČR má zkušenost s hraním hazardních her (Vobořil, 2015).

V letech 2004-2013 bylo v psychiatrických ambulancích v ČR léčeno přibližně 1300-1400 pacientů s diagnózou patologického hráčství ročně, tj. 0,25 % pacientů celkem. Počet hospitalizací s touto diagnózou byl vyčíslen na průměrně 500 ročně (Mravčík et al., 2015b).

Patologické hráčství má rysy naplňující kritéria závislosti, jak je definuje MKN, zahrnuje však specifické charakteristiky (jako je vysoká sebevražednost, práce s vysokými dluhy, se

sebepřijetím, s rodinou) (Holdsworth, Nuske, Tiyce & Hing, 2013; Petry & Kiluk, 2002; Rogier & Velotti, 2017), které od profesionálů vyžadují specifické intervence a odpovědi. Mravčík et al. (2015b) doplňují, že problémoví hráči vnímají jako své hlavní problémy narušené mezilidské vztahy a dluhy. V praxi se tak mohou hráči či jejich rodinní blízcí do služeb dostat prostřednictvím jiných, obecněji zaměřených služeb, jako jsou manželské poradny, psychologické ordinace, internetové poradny a další. Nedělitelnou součástí služeb pro patologické hráče musí být dluhové poradenství a řešení finanční situace, péče musí být multidisciplinární (Mravčík et al., 2015b).

Závislost na internetu může integrovat patologické hráčství (online sázky), jde ale i o samostatnou diagnostickou jednotku. Další závislosti, jak byly uvedeny v úvodu, například na nakupování, na sexu, na práci (Orosz, Dombi, Andreassen, Griffiths & Demetrovics, 2015), na cvičení, ale i závislost na internetu či mobilních telefonech s sebou nesou otázku, jak s takovými klienty pracovat, protože v tomto případě není abstinence první volbou. Souhrnně lze říci, že jakékoliv chování, které přináší uspokojení, může být potenciálně návykové (Marks, 1990).

## **B. Klienti z hlediska věku**

### ***Děti a dospívající***

Dětství a dospívání jsou obdobími změn a vývojových milníků. Do nich může vstoupit také rizikové chování, kam řadíme i problematiku užívání návykových látek a závislost. ČR se pravidelně zapojuje do studie ESPAD, která v posledních letech ukazuje trend snižování zkušeností s nelegálními drogami včetně konopných látek. V rámci péče o tuto cílovou skupinu je nezbytné komplexní pojetí celého systému – tj. rodiny, školy, léčby. Do péče jsou zapojeny také orgány sociálně právní ochrany dětí, kurátoři, pedagogové. V současnosti v ČR bojujeme s akutním nedostatkem pedopsychiatrů, nejen specializovaných adiktologických služeb.

Ruku v ruce s péčí o děti a dospívající jde práce s rodinou, kde leží hlavní zdroj problémů (Šejvl & Miovský, 2013). Specifika této skupiny zahrnují jak nezbytnost práce s celým rodinným systémem (i ve smyslu práce se samotnými rodiči), tak s nízkou motivací klientů. Podle Korandy (2015) je klíčový férový a otevřený přístup k dítěti či dospívajícímu, a stanovování postupných cílů v léčbě. Je také obvyklé, že návykové chování jde ruku v ruce s dalšími komplikacemi, v tomto věku se jedná nejčastěji o poruchy chování, poruchy pozornosti a další (Koranda, 2015).

### ***Terapie ve vyšším věku***

Běláčková (2007) realizovala rozhovor s Dr. Straussner, jež se ve své kariéře věnuje mimo jiné otázce léčby seniorů závislých na NL. Podle ní „1/3 závislých v pokročilém věku začala drogy užívat v pozdní dospělosti. S nimi je terapie jednodušší, protože mají ve svém životě nějakou historii úspěchu, na které se dá stavět. Také se kvůli drogám nedostávají do takových finančních či dalších problémů, mají úspory, zkušenosti. Ale pokud užívali celý život, když zestárnou, je to s nimi ještě horší“ (p. 483). Nejčastěji u nich pozorujeme problémy s alkoholem a zneužíváním léků. Rizikové je i období přechodu do důchodu, spojené se ztrátou postavení a často i místa bydliště. (Běláčková, 2007).

Netík (2009) potvrzoval trend preskripce a následného zneužívání léků na bázi benzodiazepinů (BZD), využívaných při terapii úzkostí či poruch spánku, ve středním a zejména vyšším věku. Indikace BZD má pevná pravidla, jedním z těch klíčových je použití v krátkodobém modu. Naopak, „pochybení bývá v jejich nekontrolovaném dlouhodobém podáváníí“ (Netík, 2009, p. 32). Vzhledem k fyziologickým změnám na úrovni farmakokinetiky a farmakodynamiky je užívání léků ve vyšším věku rizikovější. Léky mohou vyvolávat další změny, např. zhoršení kognitivních funkcí, které následně vede k zaléčení dalším léčivem (preskripční kaskáda) (Netík, 2009). Doporučení týkající se podávání BZD starším pacientům stojí na použití krátkodobě působících léčiv a jejich co nejkratším podáváníí. Netík (2009) v té souvislosti vhodně uvažuje o iatrogení závislosti. „Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR je ožehavým tématem současné

adiktologie, potažmo psychiatrie“ (Netík, 2009, p. 33). Vzhledem k absenci kontrolních mechanismů je zásadní důraz na prevenci a edukaci. Problematiku užívání psychoaktivních léků mezi seniory zkoumala také Pasecká (2016) ve své diplomové práci. Doplnuje výše uvedené o informaci, že senioři medikaci často kombinují s konzumací alkoholu.

Nenalezli jsme velký počet studií, které by se zabývaly problematikou vysazování léků u seniorů, výjimkou byla kasuistická studie Chalanyho (2014), který se zaměřil na vysazení Zolpidemu u pacientky v seniorském věku. Opět zdůrazňuje potřebu edukace, spánkové hygieny a osobního přístupu, ale také jasného farmakologického postupu.

### **C. Klienti z hlediska životní fáze či dalších okolností**

#### **Ženy, těhotné ženy, matky s dětmi**

Jak zmiňuje Walcker-Mayer (2007), práce s cílovou skupinou žen přináší řadu specifík, mezi nimi také péči o děti klientek, o vztah matky a dítěte, klíčové je tedy paralelně ruku v ruce řešit obě záležitosti – závislost matky a zajištění blaha a ochrany dítěte. Podle ní bylo 75 % klientek jejich německého programu pro ženy oběťmi domácího násilí, 50 % pak sexuálního násilí. Opět ruku v ruce s tímto jdou zkušenosti dětí klientek, které často byly umístěny u cizích osob, případně v dětských domovech. Walcker-Mayer (2007) uvádí také další specifické charakteristiky práce se ženami, uživatelkami návykových látek, a to potřebu mluvit o svých problémech a zkušenostech bez přítomnosti mužů, nemít nějakou dobu vztah, v němž problém často nemohl být otevřen, nebýt muži hodnocené. Mezi další specifika patří také odlišný způsob rozvoje závislosti, zkušenosti s prostitucí, zneužíváním. Je zde vyšší potřeba důvěry a bezpečí (Preslová, 2015a).

Těhotenství a období kojení s sebou přináší i otázku na správnou medikaci (např. v případě substituční léčby, Dooley et al., 2016; Jones et al., 2012), případně práci s prevencí relapsu.

#### **Muži**

Preslová (2015a) se ve vymezení rozdílů mezi pohlavími soustředila i na specifika mužů - uživatelů NL. Muži podle ní mívají vyšší sklon k sebevraždám, častější kriminální anamnézu. V současné době mužství prožívá krizi identity, zásadní jsou témata role muže, otce. Zároveň je mezi muži častější užívání všech návykových látek, včetně návykového chování (Mravčík et al., 2017).

#### **VŠ studenti**

Vysokoškolští studenti jsou jednou ze skupin ohrožených rizikovým užíváním NL, na tuto cílovou skupinu se zaměřuje řada výzkumů v ČR i v zahraničí, rizikové chování se týká nejen konzumace drog, ale také nelátkových závislostí (Chen et al., 2017; Janovská, Orosová & Jurystová, 2014; Kurt, 2015; Ranjbaran, Mohammadshahi, Mani & Karimy, 2018). Csémy, Hrachovinová & Krch (2004) studovali vzorek více než 900 studentů 5 pražských vysokých škol. Rizikové či společensky nežádoucí formy užívání NL byly zjištěny u 29 % respondentů, nejčastěji se jedná o nadměrnou konzumaci alkoholu, dále kouření, celkem 24 % mužů a 12 % žen uvedlo užití nelegální látky minimálně 5x v uplynulém roce. Rizikové formy užívání NL měly negativní vztah k duševnímu zdraví (Csémy et al., 2004).

#### **LGBT komunita**

Mezi osobami tendujícími k zájmu o stejné pohlaví existuje zvýšená míra užívání NL a rizikového chování. Jak zdůrazňují Lea, Reynolds & De Wit (2013), jsou zřejmé rozdíly mezi homosexuální a heterosexuální společnostmi, avšak málo studií se zaměřuje na rozdíly mezi jednotlivými skupinami. Autoři zjistili, že osoby s bisexuální orientací užívají ve zvýšené míře alkohol a drogy oproti gayům, lesbám a heterosexuálním jedincům. Není zcela obvyklé zjišťovat cíleně sexuální orientaci při vstupu do léčby, proto mnohdy nemáme dostatečné informace, téma odlišné sexuality s sebou nese také riziko stigmatizace. U homosexuální komunity je vysoké riziko šíření sexuálně přenosných chorob (především HIV). Yolanda, Crisp & Rew (2010) se dívali na adolescenty s odlišnou sexuální preferencí, na míru jejich stresu spojeného se stigmatizací a na protektivní faktor podpory rodiny týkající se jejich sexuální

orientace. I tak je v této skupině vysoká míra užívání drog a současně suicidality, které jsou ve vzájemném vztahu.

### ***Klienti s duálními (triálními) diagnózami***

Duální diagnóza v adiktologii implikuje „souběh poruchy z užívání NL a jiné psychické poruchy“ (Kalina & Minařík, 2015, p. 211), v zásadě jde o komorbiditu dvou psychiatrických onemocnění. Prevalence výskytu duálních diagnóz mezi uživateli NL stoupá, Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany (2015) uvádí ve své souhrnné zprávě pro Evropu minimálně 50 %. Adiktologie hledá způsoby, jak této skupině poskytnout co nejvíce odpovídající péči, nicméně Torrens et al. (2015) hovoří o zcela pragmatických důvodech, proč je taková péče obtížná (závažné sociální a zdravotní dopady na klienta, nedobrá prognóza léčby, vysoké náklady na léčbu).

Kalina & Minařík (2015) hovoří navíc o fenoménu tzv. trojí diagnózy, kdy klient kromě psychiatrických poruch zažívá potíže v dalších oblastech, zejména v oblasti sociální. Takoví klienti vyžadují opravdu komplexní péči, od péče lékařské, adiktologické, sociální a dalších, a přizpůsobení intervencí, aby výstupy léčby takto náročné klientely přinesly výsledky (Luoto, Koivukangas, Lassila & Kampman, 2016).

### ***Veřejnost***

Nedílnou součástí drogové politiky je informování a edukace široké veřejnosti, ať obecné či odborné.

Uvedený výčet cílových skupin zcela jistě není úplný, mohli bychom se zaměřit na další skupiny či jinou formu stratifikace. Navíc, jak uváděla Běláčková (2007) v rozhovoru se Straussnerovou, v dnešní době je více obvyklá kombinace užívání několika různých NL současně, přechodu od jedné užívané látky k jiné v průběhu času či kombinace různých charakteristik klienta (např. klientka s polyvalentním užíváním NL, s další psychiatrickou diagnózou, která je těhotná). Cílem kapitoly bylo poukázat na obrovskou šíři problematiky užívání návykových látek a nelátkových závislostí, respektive rizikového chování, které představují pole pro intervence ze strany adiktologických služeb a pracovníků. Je nutné dodat, že tyto intervence neobnáší pouze práci cílenou na eliminaci návykového chování, ale také (a zejména) práci na podstatě závislosti u daného jedince, na pochopení možných příčin vzniku a udržování tohoto chování, na hledání alternativních způsobů fungování a cest ke spokojenému a kvalitnímu životu. Můžeme uvažovat přímo o psychoterapii u klientů užívajících NL, případně od nich abstinujících. Využití psychoterapie u této cílové skupiny popsali např. Denning & Little (2012) nebo Tatarsky & Kellogg (2010), kteří specificky hovoří o harm reduction psychoterapii.

### 3. JAKÉ SLUŽBY CÍLOVÝM SKUPINÁM V ADIKTOLOGII POSKYTUJEME

„Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru“ (Kalina, 2008, p. 393). WHO (1998, p. 4) definuje tři hlavní oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: 1) snížení závislosti, 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog, 3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné integrace. Uvedené cíle jsou zároveň základním rámcem, ve kterém se adiktologie pohybuje v oblasti klinické práce.

Abychom vhodně indikovali potřebnou péči, je nutné provést diagnostiku klienta, ať již z hlediska medicínského (dle klasifikačních manuálů jako jsou MKN-10 či DSM-5), tak z hledisek psychologických, sociálních a dalších. Po stanovení potřeb klienta hledáme vhodný typ péče či službu, která/které by dané potřeby nejlépe naplnila/y. Proces párování potřeb klienta s možnostmi odborné péče se nazývá matching. Cílem tedy není aplikovat stejný způsob léčby pro všechny osoby s diagnózou závislosti (Adrians, 2009). Podle Jeřábka (2010) je „matching výhodný v tom, že je realizován na základě dobrovolného dvou- či vícestranného kontraktu, kde pacient je šéfem a profesionál poskytuje adekvátní zpětnou vazbu, což je možno považovat za základ mnohé další adiktologické péče“ (p. 5). V rámci adiktologie existuje široké spektrum služeb pro uživatele NL, od nízkoprahových programů po doléčovací aktivity. Klíčové je, že adiktologie a adiktologické služby se neustále vyvíjejí právě na podkladě proměňujících se potřeb cílových skupin. Pro tyto účely vhodně slouží metody analýzy potřeb (WHO, 1998), v jejichž rámci je možné mapovat potřeby klientů různých služeb, veřejnosti, skryté populace a dalších, a pružně tak na ně v rámci poskytovaných služeb reagovat. Gabrhelík, Charvát & Miovský (2005) popisují výsledky substudie projektu zaměřeného na evaluaci protidrogových programů ve Středočeském kraji. Tato substudie byla zaměřena na analýzu potřeb klientů nízkoprahových služeb. Takový výzkum může posloužit jako dobrá praxe k získání zpětné vazby od samotných uživatelů služeb k tomu, jak je program nastaven, co jim vyhovuje a co by naopak potřebovali jinak (viz WHO, 2000). Pohledy klientů a představy pracovníků se mohou lišit, potřeby klientů pak nemusí být vhodně naplňovány. Přitom platí, že dobře organizované intervence a vzdělaný a podpůrný personál služeb mohou mít rychlý a dlouhotrvající vliv na osoby užívající NL (UNODC, 2003).

Poskytované služby by měly být založené na důkazech (tzv. evidence-based přístup), Staňková & Vacek (2011) však prezentují výstupy svého výzkumu, které ukazují, že vnímání klienta a jeho potřeb je ve velké míře závislé na otevřenosti, míře předsudků a toleranci jednotlivých pracovníků. „K rozvoji oboru patří i změny náhledů a postojů vůči jednotlivým otázkám, které s užíváním návykových látek souvisí“ (Staňková & Vacek, 2011, p. 136). Autoři pro příklad uvádějí pohled na abstinenci, v minulosti považované za jediný možný cíl práce s klientem. S rozvojem adiktologie se posouvaly a měnily tyto cíle i samotný výklad pojmů. Kreativita a flexibilní uzpůsobování služeb potřebám klientů jsou klíčovým aspektem poskytování péče adiktologickým klientům, Staňková & Vacek (2011) pro ilustraci popisují zapojení klienta toho času v substituční léčbě buprenorfinem do skupinové terapie v programu doléčovacího centra a shrnují, že služby určené primárně pro abstinující klienty nemusí být dostatečně dostupné např. specifické skupině klientů v substituční léčbě.

Mimo oblast přímé práce s klientem zahrnuje adiktologie jako obor také oblasti vědecko-výzkumné práce, protidrogové politiky, vzdělávání, a zasahuje i do dalších disciplín, tj. služeb nespecializovaných primárně na problematiku závislosti, kde se však tito klienti vyskytují.

Níže nastíníme spektrum služeb pro adiktologické klienty, zhodnotíme jejich dostupnost a nové trendy v přístupech v adiktologii. Opět je cílem demonstrovat šíři oboru adiktologie. Jak byly popsány cílové skupiny, tak můžeme nahlížet na typy služeb a péče, které jim poskytujeme. Podstata závislosti je táž, nezávisle na konkrétní látce či rizikovém chování, nicméně některé skupiny klientů a typy závislostí vyžadují specifické přístupy a metody, proto budou na tomto místě uvedeny i specifické služby.

### 3.1 Typy adiktologických služeb

V roce 2001 fungovalo v ČR 65 nízkoprahových zařízení, zřizovaných ze 72 % nestátními neziskovými organizacemi. Fungovaly služby ambulantní péče, ústavní léčby, detoxifikace, terapeutické komunity a následná péče. „Nedostatečně je řešen problém užívání drog dětmi a mladými lidmi s výchovnými problémy v zařízeních speciálního školství“ (p. 9). Ve věznicích se budují programy léčby závislosti, avšak výhradně abstinenčně orientované (Zábranský et al., 2002). Jako nedostačující byla tehdy označena i situace v oblasti následné péče, specializované doléčovací programy realizovalo 12 nestátních zařízení, z toho 7 poskytovalo chráněné bydlení, 5 fungovalo výhradně ambulantní formou. V oblasti primární prevence neexistovaly jednotné standardizované mechanismy hodnocení účinnosti programů, o tuto oblast se dělily různé resorty a subjekty, do primární prevence byly řazeny volnočasové aktivity (nespecifická PP) (Zábranský et al., 2002).

V roce 2001 byla zahájena realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004, která byla vystavena na 4 pilířích – 1) prevenci, 2) léčbě a resocializaci, 3) snižování škod (harm reduction) a 4) prosazování práva.

Aktuálně platné Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (Libra et al., 2015) definují 10 základních typů služeb, které v ČR fungují a mohou být na jejich základě certifikovány. Patří sem programy detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, ambulantní stacionární péče, krátkodobá a střednědobá lůžková péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, doléčovací programy, substituční léčba a adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče. Pro oblast prevence máme v ČR samostatné standardy (Pavlas Martanová, 2012). K zajištění standardů kvality slouží od roku 2006 systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. V červenci 2017 mělo platnou certifikaci celkem 189 programů. K lednu 2017 fungovalo v ČR celkem 56 organizací s 90 certifikovanými programy primární prevence.

V roce 2016 bylo v ČR celkem 244 specializovaných adiktologických center (bez preventivních a terénních programů), jejich přesné počty zobrazuje tabulka č. 2.

Nízkoprahová kontaktní centra	56
Programy ambulantní léčby	71
Substituční centra	17
Stacionární programy	2
Detoxifikační jednotky	23
Oddělení lůžkové zdravotní péče	26
Terapeutické komunity	15
Doléčovací programy	28

Tabulka č. 2: Počty specializovaných adiktologických služeb v ČR v r. 2016 (dle Mravčíka et al., 2017)

„Většina krajů popisuje stávající síť služeb jako nedostatečnou“ (Mravčík et al., 2017, p. 10), výhrady se týkají zejména dostupnosti ambulantní léčby a péče o klienty s duálními diagnózami. Vytváření sítě služeb je nesystematické, chybí lékaři, psychoterapeuti. Přetrvává nedostatečná kapacita substitučních programů. Nejhorší situace v dostupnosti adiktologických služeb je v Karlovarském kraji. Ve všech věznicích fungují poradny drogové prevence a bezdrogové zóny, léčbu závislosti je možné absolvovat v 11 věznicích z 35, substituční léčbu nabízelo 7 věznic. Roste nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a nových technologií, telefonů.

V 5/2017 bylo registrováno 24 zdravotnických zařízení poskytujících péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie, uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou mělo 12 zařízení, pouze 8 s VZP. Adiktologická ambulance nefunguje v Plzeňském a Moravskoslezském kraji.

Na uvedeném výčtu je patrné, že i přesto, že víme, jakým směrem by služby měly být rozvíjeny, aby byly naplněny potřeby cílových skupin, chybí mnohdy zájem, politická podpora i finanční prostředky na kompletní pokrytí.



Z důvodu jednoznačného vymezení základních typů služeb ve Standardech (v ČR), a podobné skladby poskytovaných služeb, budou na tomto místě popsány služby, které s postupem času flexibilně reagují na měnící se potřeby cílových skupin. Nicméně služby se rozvíjí rychle, vznikají nové typy programů i služby nově věnované specificky konkrétním cílovým skupinám, a vývoj služeb v reakci na měnící se potřeby cílových skupin předbíhá legislativní a formální procesy. Nicméně zásadní je, že služby jsou tak včas dostupné pro klienty. Krátce budou zmíněny i některé tyto inovativní služby.

### ***Prevence rizikového chování***

Prevence zahrnuje specificky problematiku užívání návykových látek a nelátkových závislostí, avšak rizikové chování v širším slova smyslu je s adiktologií úzce provázáno ve všech ohledech. Např. kyberšikana (Kopecký & Szotkowski, 2015) či rizikové sexuální chování mohou zahrnovat užívání návykových látek, ať jako spouštěcí mechanismus nebo jako kompenzační mechanismus ke zvládnutí následků. Role primární prevence je klíčová hovoříme-li o specifické všeobecné prevenci, kdy můžeme ovlivnit, zda mladí lidé začnou užívat NL, případně v jakém věku, nebo o selektivní a indikované prevenci, jejichž význam spočívá v možném zmírnění dopadů vývojového znevýhodnění, sociálního vyčlenění a následné progresu do užívání NL (Pavlas Martanová, 2015).

### ***Nízkoprahové služby***

Počet nízkoprahových programů se pohybuje okolo sta, řada z nich přizpůsobuje nabídku svých služeb a spektrum nabízeného materiálu pro aplikaci drog, mezi příklady uvedme stericups, never-share injekční stříkačky (Starostová, 2015), automaty na injekční materiál – v ČR fungovaly tři (Mravčík et al., 2016), želatinové kapsle, aluminiové folie ke kouření heroinu atd., s cílem snižovat rizika spojená s injekční aplikací drog a podpory zdraví uživatelů NL. Některé služby se rozvíjejí kompletně v návaznosti na situaci na drogové scéně, příkladem mohou být aplikační místnosti (Öner, 2014), které v některých zemích fungují i jako služby mobilní. V Dánsku pak například provozují i specializované kuřárny pro uživatele (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). Některé nízkoprahové služby, ať kontaktní centra či terénní programy, přizpůsobují své služby i jiným skupinám, než byli původní uživatelé nelegálních drog, např. uživatelům alkoholu či konopných drog (Čalovka, Kozáková & Radoňová, 2013).

### ***Substituční léčba závislosti na opioidech***

V ČR byl do roku 2003 dostupný pouze metadonový program, od uvedeného roku je na trhu také buprenorfin. Postupně se ukázalo, že tato látka má potenciál pro injekční zneužívání na černém trhu a byl tak představen přípravek kombinující buprenorfin s naloxonem (Pavlovská & Minařík, 2015). Další varianty substitučních látek či jejich mutace pro jiné než orální použití nejsou v ČR dostupné. V zahraničí existuje daleko širší škála nabízených látek i způsobů aplikace (o využití různých forem morfinu v Austrálii hovoří např. Bochner et al., 1999). Přizpůsobují se také práh dostupnosti, program v dané službě či pravidla.

### ***Ambulantní léčba***

Po roce 1989 v ČR postupně téměř zanikla síť ambulantních provozů, jak je patrné z rozdílu mezi lety 2001 a 2016, v oblasti ambulantní péče máme v adiktologii přetrvávající deficit, nicméně Sklenář (2016) hovoří o aktuálním vzestupu ambulantního sektoru, mimo jiné i díky vzniku adiktologických ambulancí.

Ambulantní zdravotnická péče pro UD je poskytována v ambulancích psychiatrů a v tzv. AT ambulancích. V roce 2016 vykazalo 474 ordinací léčbu celkem 36 419 adiktologických pacientů, tj. osob se základní diagnózou F10-F19. Pouze v 54 z těchto 474 ordinací tvořili adiktologičtí pacienti více než 50% podíl celkového počtu pacientů, z toho bylo 36 AT ordinací, 16 psychiatrických ambulancí a 2 ordinace dětské psychiatrie. Kromě univerzálně orientovaných ambulancí nabízejících léčbu závislosti, případně poradenství uživatelům drog, vzniká řada služeb specializovaných na konkrétní cílovou skupinu.

### **Adiktologické ambulance**

Tento typ služby byl poprvé navržen v Konceptu sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2014b), jakožto specializovaná zdravotnická nelékařská adiktologická ambulantní služba. Ambulance by měly stát primárně na odbornosti zdravotnického nelékařského odborníka – adiktologa, a jejich služby by měly být nabízeny všem klientům adiktologických služeb, minimálně jak byly vymezeny v předchozí kapitole. Důležité je, že řada adiktologických služeb je doposud registrována jako sociální služby, důvody blíže osvětlují Fidesová, Sklenář & Vavrinčíková (2013), proto je klíčové, aby se systém přizpůsobil multidisciplinárnímu pojetí léčby závislostí a integroval také zdravotní složku. Kolektiv autorů navrhoval také minimální zajištěnou dostupnost tohoto typu péče, a to jednu ambulanci na okres a jednu ambulanci pro děti a mladistvé na kraj (platné pro geografické rozložení ČR). V květnu 2017 bylo registrováno celkem 25 adiktologických ambulancí (odbornost 919) (Čalovka & Sklenář, 2017).

Ruku v ruce s adiktologickou ambulancí by měly fungovat lékařské adiktologické ambulance a adiktologické stacionáře.

### **Specializované služby pro děti a mladistvé**

Historicky první specializovaná služba pro děti a dorost na našem území, protialkoholní poradna pro mladistvé, vznikla v roce 1957 v Apolináři pod vedením dětského psychiatra Jana Mečíře (Miovský & Popov, 2016a). O 10 let později bylo založeno Středisko pro děti a mládež ohrožené závislostí na alkohol, a v r. 1971 Středisko drogových závislostí, které taktéž zahrnovalo cílovou skupinu dětí a mladistvých. V Apolináři na tradici služeb pro děti a mladistvé navázaly Středisko pro rodinnou terapii a psychoterapii Kliniky adiktologie a Anima, z.ú. V ČR fungují některé služby, ať zdravotnické, jako je dětský detoxifikační program v Nemocnici Pod Petřínem (Koranda, 2016) nebo sociální, školské či propojené. Řada nestátních neziskových organizací provozuje již roky speciální programy zaměřené ať na samotné děti a dospívající (terapeutické komunity), tak na jejich blízké (denní stacionář SANANIM).

Mezi současné priority Ministerstva zdravotnictví patří vznik a provoz specializovaných adiktologických ambulancí pro děti a dorost a zaměření na problémy působené konzumací tabáku a alkoholu (Mravčík et al., 2017). Reflexi fungování takového typu služby publikovali Miovský s Popovem (2016b), kteří stáli u zrodu jedné z prvních adiktologických ambulancí v ČR v rámci Kliniky adiktologie (ADDA). Péče o tuto cílovou skupinu vyžaduje spolupráci s rodinou, ale také s dalšími institucemi (škola, OSPOD apod.). Jedním z cílů bylo ověření funkčnosti systému zapojení profese adiktologa ve zdravotnickém zařízení adiktologické ambulance, s úhradou odborných výkonů ze strany zdravotních pojišťoven. „Odbornost adiktologa prokázala své klinické možnosti a přednosti, ale také citlivá místa spojená s osobní zralostí a připraveností pro práci v náročném zdravotnickém provozu v kontextu fakultní nemocnice“ (Miovský & Popov, 2016b, p. 293). Standardy kvality adiktologické péče (Libra et al., 2015) zatím nezahrnují žádné adiktologické služby specificky zaměřené na dětskou péči. Bylo ověřeno (Miovský & Popov, 2016b), že součástí týmu dětské ambulance nutně musí být lékař/dětský psychiatr, adiktolog, klinický psycholog, zdravotní sestra. Dále je možné zapojit pedagogy, sociální pracovníky, ale i další profese, jako např. arteterapeuty. Podle autorů se jako klíčové ukazuje, aby všichni odborníci byli vzdělaní v psychoterapii.

Dětská péče je v adiktologii na svých počátcích, reprezentuje nové a neukotvené téma (Miovský & Popov, 2016a). V ČR doposud schází doporučené postupy pro práci s dětskou klientelou v adiktologii, čeští autoři přeložili britské, tyto však nejsou adaptovány na české podmínky ani všeobecně využívány. Podobný dokument vytvořila NIDA (2014), zde však nejsou specifikovány konkrétní služby, pouze typy intervencí a léčebných možností pro adolescenty. Winters, Tanner-Smith, Bresani & Meyers (2014) rozvádí podrobněji některé rozdíly mezi přístupem k léčbě u dospělých a adolescentů, a potvrzuje strukturu péče dle NIDA.

Děti a dospívající jsou skupinou klientů specifickou zejména potřebou flexibility a individualizace péče, respektování jejich potřeb a také kombinací intervencí (Miovský & Popov, 2016b). Služby věnované péči o děti a dospívající v zásadě nemohou fungovat bez sítě

návazných programů. V případě ADDA to byly jak další ambulance Kliniky adiktologie (zejména Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii), další kliniky a ústavy 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, ale také praktičtí lékaři, dětské detoxifikační centrum, oddělení dětské psychiatrie nemocnic, síť zařízení ústavní péče, OSPOD a v neposlední řadě přirozené komunitní možnosti (Miovský & Popov, 2016b). Ukázalo se také, že dětská ambulance nemůže být klinicky ani ekonomicky postavena pouze na samotných dětských klientech. Ve většině rodin, které využily péče ADDA, se vyskytoval dospělý člen také vyžadující specializovanou péči. Miovský & Popov (2016b) odhadovali, že „péče o dospělé příslušníky rodin představuje v chodu dětské ambulance 35-45 % celkového objemu poskytované péče“, a že „více než 30 % této péče není péčí zdravotní, ale sociální podporou a prací“ (p. 314).

### ***Poradny a další služby pro odvykání kouření tabáku***

ČR dlouhodobě patří k zemím s nejvyšší prevalencí kouření tabákových výrobků v Evropě. Dle Kulhánka (2016) můžou tento trend snížit nejen legislativní změny, ale také dostupné efektivní služby pro léčbu závislosti. Dle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek má každý zdravotnický pracovník povinnost poskytnout krátkou intervenci zaměřenou na užívání NL, tabák nevyjímaje.

Systém specializovaných ambulantních služeb provozovaných lékaři nebo jinými nelékařskými profesemi pro kuřáky je v ČR z hlavní části tvořen ambulantními centry pro závislé na tabáku v gesci lékařů a zdravotních sester. Centra fungují od roku 2005, nejčastěji v rámci pneumologických, kardiologických či interních oddělení a klinik, a v roce 2017 jich na našem území bylo v provozu 36 (Zvolská & Králíková, 2017), v srpnu 2017 evidovala Společnost pro léčbu závislosti na tabáku dokonce 41 center. Péče je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Základní lékařskou péči poskytují také proškolení ambulantní lékaři, specializované služby nabízí certifikované lékárny (celkem se jedná o 170 lékáren a 210 proškolených lékárníků v ČR) (ČLnK).

Kulhánek (2017) doplňuje síť služeb pro tuto cílovou skupinu také o telefonické a online poradenství, zejména prostřednictvím Národní linky pro odvykání kouření, která funguje od roku 2005, nicméně v roce 2016 spustila provoz nové koncepce sledující evidence-based poznatky (Kulhánek, 2016). Počátky této linky naznačují zejména omezenou dostupnost (nebyly provozovány zdarma, ani nonstop), a neprofesionalitu, hlavní pracovní silou byli studenti medicíny, případně dalších oborů, a linka neumožňovala zpětné volání, což limitovalo kontakt s klientem na jednorázový hovor (Kulhánek, 2016). Provoz probíhal na dobrovolnické bázi, financování nebylo stabilní. Zlom přineslo v roce 2016 schválení dotační žádosti RVKPP a zaštitění linky Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti, kdy byl spuštěn nový provoz Národní linky pro odvykání kouření. Ta kromě telefonického poradenství nabízí i online internetové poradenství. Z hlediska koncepce je linka definována jako specializovaná služba poradenství pro uživatele návykových látek (Kulhánek, 2016). Autor vyjmenovává i konkrétní výkony, které konzultanti na lince provádějí, od mapování anamnézy, po stanovení míry závislosti a sestavení plánu, edukace, prevence relapsu a další. Personální i technické zajištění je již plně profesionální, v týmu najdeme adiktology, psychology a lékaře. Všichni jsou průběžně vzdělávání a pracují pod supervizí (Kulhánek, 2016).

Takové linky či online aplikace jsou široce dostupné, a slouží tak nejen samotným kuřákům, ale také jejich rodinným příslušníkům či odborníkům. Dílčími cíli jsou tedy edukace, předávání kontaktů, podpora (Kulhánek, 2016). Zároveň jde o ekonomicky efektivní služby. Nicméně ne všechny země takovou podporu kuřákům nabízí. Piné-Abata et al. (2013) mapovali dostupnost specializovaných služeb pro odvykání kouření, zjistili, že pouze 36 % zemí (ze 121 zapojených) mělo dostupnou telefonickou linku pro tuto cílovou skupinu.

### ***Služby pro patologické hráče, gambling ambulance***

Patologické hráčství vyžaduje specifické léčebné intervence. Tato cílová skupina spadá do oblasti péče adiktologických služeb, jak uvádí Mravčík et al. (2015b), v roce 2012 uvedlo celkem 143 takových služeb, že hráči tvoří jednu z jejich cílových skupin. Specializované služby pro patologické hráče nabízelo 18 programů (především adiktologická zařízení a psychiatrické ambulance). V ČR se rozvíjí také svépomocné programy, které jsou v zahraničí

běžně využívané (např. Anonymní gambleři, výsledky efektivity prezentuje např. studie Stewartové & Browna, 1988) či odborná pomoc v rovině právního, dluhového či sociálního poradenství. Podle Mravčíka et al. (2015b) je v ČR síť služeb specializovaných na poradenství a léčbu v oblasti patologického hráčství nedostatečná, chybí návaznost i online formy služeb. V letech 2013 a 2014 bylo RVKPP v dotačním řízení podpořeno 16, respektive 11 projektů přímo zaměřených na oblast hazardního hraní, těchto 11 zařízení vykazalo péči o 458 klientů v uvedeném roce. Z ostatních Radou vlády podpořených adiktologických služeb bylo v kontaktu s patologickými hráči 42 programů, které poskytly péči 693 klientům, patologičtí hráči jsou jednou z cílových skupin dalších 130-140 služeb (Mravčík et al., 2015b). Služby podobné českým gambling ambulancím evaluovali v Minnesotě v USA, kdy ambulantní program sestávající z individuálního i skupinového poradenství, využití 12 kroků, rodinné terapie i finančního poradenství, měl významný efekt na abstinenci po dokončení programu, i na další faktory u gamblersů a jejich blízkých (Stinchfield & Winters, 2001).

Je nezbytné, aby péče o tuto cílovou skupinu probíhala ve spolupráci odborníků z různých oblastí, zejména pro rozmanité související komplikace, jako jsou psychosomatické poruchy či duševní poruchy. V Německu takto část klientů odkazují do adiktologických služeb (ty s nelátkovou závislostí) a část pak do psychiatrické péče, kde se věnují i přidruženým diagnózám (Mravčík et al., 2015b). Sdružení Podané ruce vytvořilo Metodiku práce s patologickými hráči (Kláštdecký, Licehammerová & Nohýnková, 2014) a spustilo svépomocnou webovou stránku [gambling.podaneruce.cz](http://gambling.podaneruce.cz), kde zároveň odborník odpovídá na dotazy návštěvníků. Online aplikace a webové stránky cílené přímo na patologické hráče jsou v zahraničí využívány běžněji než v ČR. Např. Wood & Griffiths (2007) zkoumali účinnost online poradenství u služby GamAid, Griffiths s Cooperem (2003) navíc výstižně pojmenovávají některé implikace online poradenství u gamblersů. V ČR neexistuje žádná specializovaná poradenská telefonní linka pro osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

Specializovaných provozů pro patologické hráče je v ČR stále nedostatek, nabídku však zajišťují ambulantní poradny a kontaktní a poradenská centra, které byly historicky určeny primárně pro cílovou skupinu uživatelů nelegálních NL. Podle Mravčíka et al. (2015b) „to může znamenat posun v dosavadní tradiční orientaci a zaměření služeb a jejich otevírání se novým cílovým skupinám v souladu s principem univerzality adiktologických služeb a procesem integrace protidrogové politiky“ (p. 373), jde o klíčovou reakci přizpůsobení služeb a způsobů jejich práce měnícím se potřebám cílových skupin.

### ***Zařízení střednědobé ústavní léčby a terapeutické komunity***

S rozpoznáním nových cílových skupin, respektive vlivem identifikace jejich proměn a nových potřeb, jako v případě matek s dětmi či klientů s duálními diagnózami, vznikají i specifické léčebné programy. Některé z nich „předběhly svou dobu“ a takto specializovanou péči nabízely již téměř před 20 lety (např. Terapeutická komunita Karlov SANANIM, která se věnuje výhradně léčbě mladistvých a matek s dětmi).

V ústavní léčbě v rámci psychiatrických nemocnic se ustupuje od tradičního apolinářského modelu a léčba se přiklání spíše ke komunitním principům. Jedna z inovativních nemocnic, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži otevřela specializované oddělení stojící na principech terapeutické komunity, tzv. Toxirehabilitační oddělení Mandala.

### ***Služby následné péče***

Kromě stabilní nabídky doléčovacích programů a chráněného bydlení se, inspirováno zkušenostmi ze zahraničí, rozvíjí především nabídka dalších forem podporovaného bydlení, ať se jedná o tréninkové byty (např. Magdaléna, o.p.s.) či podporované pronájmy obecních bytů, a podporovaného zaměstnání (Ambrož et al., 2012), jakožto klíčových pilířů sociální reintegrace a rehabilitace (Pavlovská & Makovská Dolanská, 2015). Základním principem přístupu Housing First (Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano & Schumacher, 2009; National Alliance to End Homelessness, 2016) je nevyžadování podmínky abstinence či zaměstnání klientů, s cílem nabídnout nejprve dobré podmínky bydlení, tím podpořit sebedůvěru klientů, a teprve poté jim nabídnout podporu v rozmanitých oblastech, ať se jedná o zdravotní péči,

hledání zaměstnání či léčbu závislosti. Ubytování v některých případech není časově omezeno.

### **Adiktologické služby ve vězení**

Bezdrogové zóny mělo v roce 2016 35 věznic v ČR, využilo je 4014 osob, 9 věznic provozuje oddělení pro dobrovolnou léčbu, kterou čerpalo 578 osob, 3 mají také oddělení pro ochrannou léčbu, kde ji čerpalo 213 osob, vždy se jedná o více osob, než je stanovená kapacita daného oddělení (Mravčík et al., 2017).

### **3.2 Přístupy v léčbě závislostí a další služby**

Adiktologická péče neznamena pouze léčbu problémů a poruch z užívání návykových látek. Zahrnuje celou šíři souvisejících komplikací a potřeb, mezi něž patří somatické komplikace a také prevence (stomatologie, gynekologie), duševní poruchy, právní a dluhová problematika, služby pro rodiny a blízké uživatelů drog, svépomocné skupiny, sociální práce, bydlení, finanční otázky, zaměstnání, socioterapie, zapojení do komunity apod. Jako integrující přístup může fungovat níže popsáný case management, pro zapojení do komunity mohou vhodně posloužit svépomocné skupiny. Rozvíjí se i nabídka alternativních přístupů k léčbě závislosti a velmi aktuální je využívání nových technologií v prevenci a léčbě. V neposlední řadě zde zmíníme možnost využít adiktologickou péči k přímé úhradě klientů, což v kontextu ČR zaručuje např. žádanou anonymitu. Pro ukázkou mohou posloužit nově vzniklé služby NEO centra léčby závislostí či Minnesota method center.

#### **Case management (případová práce)**

Case management (dále CM) se v práci s uživateli drog začal využívat v 80. letech 20. století, původně byl tento přístup navržen pro pacienty s psychiatrickými onemocněními a komplexními problémy v souvislosti s deinstitucionalizací psychiatrických léčeben a rozvojem komunitních služeb. Case management má řadu modelů. Každý z nich má odlišné pojetí, avšak všechny jsou postavené na stejných principech a úkolech. Využití toho kterého modelu závisí na potřebě a situaci klienta. V adiktologii bychom mohli v různých případech využít všechny modely, které popisují Vanderplasschen, Wolf, Rapp & Hesse (2007). CM nemusí nutně ovlivnit samotné užívání drog, ale může podpořit v rozhodnutí nastoupit léčbu a plnit stanovené podmínky.

„Case management se často zaměřuje na (chronické) uživatele drog s mnoha různými a komplexními problémy. Jeho cílem je optimalizovat využití služeb s ohledem na potřeby daného jednotlivce“ (Vanderplasschen et al., 2007, p. 430), protože klienti s širokým spektrem problémů (klienti s duální diagnózou, těhotné uživatelky drog, osoby po výstupu z vězení) se často do služeb vůbec nedostanou anebo jimi propadávají, koordinace péče je klíčová. Dalo by se říci, že CM aplikuje v adiktologii uznávaný bio-psycho-socio-spirituální přístup. Je vhodným rozšířením tradičních intervencí a služeb, které jednotlivě poskytují jen část potřebné péče. CM může být použit i preventivně, např. jako strategie prevence relapsu, pakliže klienta podporujeme v průběhu abstinence. Mezi hlavní benefity case managementu patří snížení míry hospitalizací, podpora využívání ambulantních a komunitních služeb, zvýšení kvality života a spokojenost klientů (Vanderplasschen et al., 2007).

CM můžeme vhodně definovat prostřednictvím vymezení jeho klíčových úkolů a funkcí case managerů. Některé aktivity, konkrétně vyhledání případu a zapojení do programu, se provádějí ještě dříve, než klient do programu vstoupí (Vanderplasschen & De Maeyer, 2007). Tyto jsou vymezeny dokumentem Protokol pro zlepšování léčby (Treatment Improvement Protocol, SAMHSA, 1998):

- Posouzení problémů, potřeb a silných stránek klienta (vyhodnocení silných a slabých stránek klienta se zaměřením na možnosti a prostředky)
- Sestavení plánu, včetně definování cílů a plánu léčby (čeho by klient chtěl dosáhnout)
- Propojování s odpovídajícími službami a koordinace poskytování služeb
- Monitorování, evaluace a úpravy léčebného plánu (program se pak opakuje nebo končí)

- Obhajování zájmů klienta/zastupování klienta (v situacích, kdy jsou porušovány dohody nebo závazky, nebo když jsou krácena jeho práva) (in Vanderplasschen et al., 2007).

Case manager pomáhá klientovi s praktickými záležitostmi typu bydlení, zajištění dokladů, vyřízení sociálních dávek, hledání práce atd., je schopen poskytnout krizovou intervenci, motivovat klienta, zprostředkovat péči, postarat se o podporu užívání léků a snížení míry užívání NL, může zastávat i funkci prostředníka ve styku s rodinou či dalšími osobami, edukuje a pomáhá klientům rozšiřovat zdroje přímo v jejich komunitě (Vanderplasschen et al., 2007). Neopominutelnou výhodou je kontakt klienta s jedním pracovníkem, k němuž získává důvěru a buduje s ním profesionální vztah. Vztah je základem a klíčem case managementu.

V některých modelech case managementu mohou některé služby poskytovat i samotní case manageri. Dle Vanderplasschena et al. (2007) primárně péči o klienta zajišťují odborníci v dílčích službách a case manager je odpovědný za koordinaci této péče. Propojení zkušeností a dovedností jednoho pracovníka, případně vhodné provázání odborníků na dané oblasti jsou klíčovými body spolupráce s klientem. „Nevychází se z toho, jaká nabídka služeb je k dispozici, ale spíše z toho, co klient potřebuje a požaduje“ (Vanderplasschen et al., 2007, p. 435). Služby jsou díky tomu individualizované, pozitivně orientované na silné stránky klienta i jeho komunity.

### ***Svépomocné aktivity a podpora***

Obecně jsou svépomocné skupiny využívány jako neformální podpora osob s rozmanitými zdravotními, sociálními či jinými problémy, v oblasti adiktologie jsou využívány obvykle jako doplněk standardní profesionálně poskytované péče (takový model považují za efektivní i Kristensen & Vederhus, 2005) závislým nebo jejich rodinným příslušníkům (např. Al-Anon). Skupiny se pravidelně scházejí za účelem výměny informací, sdílení toho, co je zatěžuje, či rad. Jak popsala Čablová (2012), jedním z hlavních principů svépomoci je snížení pocitu izolace. Klient zjistí, že kolem něj jsou další lidé s podobnými potížemi, kteří jeho problému rozumí a mohou ho podpořit. Pomáhá také možnost jedince pomoci druhým i samotné vztahy uvnitř skupiny. Skupina je prostorem pro modelování, kdy může člověk, který se aktuálně rozhodl řešit svůj problém, osobně potkat jiného, který ho již v minulosti zvládl. Zdá se, že zapojení do svépomocných skupin pomáhá udržet abstinenci, především po absolvované léčbě (Parkman, Lloyd & Splisbury, 2015).

Jednou z nejrozšířenějších organizací svépomoci pro závislé na alkoholu jsou Anonymní alkoholici. Cílem je úzdrava ze závislosti. Hnutí pracuje na principu dvanácti kroků a dvanácti tradic (Anonymní alkoholici, 2016). V ČR je výrazněji patrný expertní přístup k léčbě závislostí (Gabrhelík & Miovský, 2011), avšak i zde již podobné skupiny existují. Nicméně silná převaha svépomocných aktivit je v zahraničí, typicky v USA, kde fungují i podobné skupiny, jako jsou Anonymní narkomani, Anonymní gableři, Anonymní uživatelé kokainu. Specificky v ČR fungovalo sdružení KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). První byl založen v 50. letech u Apolináře docentem Skálou. V některých zemích je přístup dvanácti kroků a svépomocných skupin jednou z hlavních dostupných forem adiktologické péče.

### ***Alternativní metody léčby***

Jak se proměňují potřeby klientů, přizpůsobuje se nabídka služeb, ale také roste množství rozmanitých alternativních, odborných či jiných přístupů a metod pomoci. Mezi nimi můžeme zmínit akupunkturu či léčbu závislosti prostřednictvím využití ayahuascy nebo jiných halucinogenních látek. Řada programů a nabízených služeb patří i mezi non-evidence-based, případně neuznané odbornou veřejností, v horším případě nebezpečné metody.

Akupunktura je v léčbě závislosti na alkoholu účinná v redukci cravingu a množství konzumovaného alkoholu (oproti placebo) (Bullock et al., 2002, in Jeřábek, 2010), u závislých na heroinu redukuje abstinenci příznaky a zvyšuje retenci v léčbě. Toto jsou jen útržky popsání v české literatuře, řada zahraničních review či metaanalýz je k efektivitě využití akupunktury v léčbě závislosti spíše skeptická, respektive výsledky jsou shodné s kontrolními skupinami. Metodologie výzkumu efektivity akupunktury nebývá ve všech případech kvalitní,

případně zdroje pocházejí z Asie, a nejsou tak spolehlivě přeložené do anglického jazyka (Jordan, 2006; Margolin et al., 2002; Ter Riet, Kleijnen & Knipschild, 1990).

Horák, Verter & Somerlíková (2014) se věnovali studiu terapeutických postupů léčby závislostí v oblastech Nikaragui a Peru, efektivita těchto místně specifických postupů byla porovnána s efektivitou léčby v několika českých terapeutických komunitách. Léčba v Peru a Nikaragui využívá primárně spiritualitu svých klientů, na níž je léčba vystavěna. Centrum Takiwasi v Peru využívá ayahuascu k terapeutickým účelům, látka je podávána ritualizovaným způsobem, pod dohledem lékaře a psychoterapeuta. Součástí léčebného procesu je znovunalezení smyslu života a kontaktu s transcendentálním. V léčbě jsou využívány rozmanité rituály a ceremoniály (Horák et al., 2014). Někteří autoři potvrzují existenci úzké vazby mezi spiritualitou a fenoménem drogové závislosti (Sremac, 2010, in Horák et al., 2014). Spiritualita a religionizita mohou pozitivně ovlivnit léčbu. Program v centru Takiwasi zahrnuje také skupinovou terapii, sportovní aktivity, jógu atd. Efektivita terapeutického využívání ayahuascy nebyla podle Horáka et al. (2014) dosud dostatečně studována, k takovému výzkumu je nutné ošetřit etické a legislativní otázky.

### **Nové technologie v prevenci a léčbě**

V současné době jsou hojně využívány moderní technologie k prevenci, poradenství a léčbě závislostí (Holcnerová & Vacek, 2010; Molfenter, Brown, O'Neill, Kopetsky & Toy, 2018; Schaub et al., 2013; Scott, Dennis & Gustafson, 2017; Su, Fang, Miller & Wang, 2011; Zhang & Ho, 2017; „Končím s hulením“, 2018), internetové připojení je široce dostupné a s proměnou klientely se mění i její návyky a požadavky. Zásadním kritériem je dostupnost, anonymita a rychlost, klíčová je schopnost navázat klienta případně na další služby.

Již v roce 2006 publikovali Sadílek, Mravčík & Trojáčková data věnovaná poradenské činnosti v oblasti závislostí prostřednictvím telefonu nebo internetu v ČR. Autoři rozdělili subjekty poskytující takové služby do dvou skupin, kdy jedna se specializuje na kontakt výhradně prostřednictvím elektronické komunikace (např. linky důvěry, krizové linky, internetové poradny), bez vazby na osobní kontakt funguje v současnosti např. Národní linka pro odvykání kouření (Kulhánek, 2016, 2017). Druhá skupina zahrnuje organizace pro prevenci a léčbu závislostí, které ke své nabídce „kamenných“ služeb přidávají i internetové či telefonické poradenství (Sadílek et al., 2006). Sadílek et al. (2006) mapovali, jakou kvalifikaci mají pracovníci těchto internetových poraden či telefonických linek, a došli k závěru, že 85 % jsou sociální pracovníci, případně psychologové a pedagogové. Důležité je zmínit, že jen polovina ze všech subjektů, které autoři dohledali, působí přímo v oboru adiktologie. Zde vzniká výrazný prostor pro vstup profese adiktologa, jak to popisuje např. Kulhánek (2016). Sadílek et al. (2006) potvrzují, že odborné zaměření na adiktologii znamená využití těchto pracovníků v online platformách pomoci. Avšak v době vzniku jejich dat nebyla dosud profese adiktologa legislativně zakotvena, v prvním ročníku tehdy studovali první studenti bakalářského programu (Miovský, 2007). V roce 2006 byly online poradny zaměřené převážně na užívání nelegálních návykových látek, závislost na internetu či dalších moderních technologiích byly diskutovány jen omezeně (Sadílek et al., 2006). V roce 2018 je situace jiná, závislosti na internetu se přímo věnují některé online poradny či svépomocné weby (více např. v evaluaci fungování online poradny pro adiktologii, Vondráčková, Vacek & Masaryková, 2014).

Obsah online intervencí v oblasti užívání návykových látek a závislostí ze 70 % tvořila prevence, rozpoznání užívání NL, dále necelých 40 % kontaktů činily žádosti o pomoc při zbavení se závislosti, o kontakty na léčebná zařízení. Online platformy slouží také jako bezpečný zdroj přesných informací o návykových látkách či o souvisejících tématech jako je trestnost drogových trestných činů, infekční choroby apod., a tedy edukace je jedním z důležitých úkolů kontaktů s klienty (Sadílek et al., 2006).

Subjekty nabízející online či telefonické poradenství podle Sadílka et al. (2006) nejvíce bojují s nedostatkem finančních prostředků, zejména na bezplatný a časově neomezený provoz, ale také na kvalifikované pracovníky, modernizaci prostředků komunikace či propagaci. „Při poskytování poradenské služby po telefonu spolupracuje s konkrétním zařízením drogové prevence a léčby v daném regionu cca 40 % subjektů“ (Sadílek et al., 2006,

p. 393). Sadílek et al. (2006) navrhovali, aby pracovníci telefonických linek pomoci byli proškoleni v oblasti drogové prevence a léčby, nabízí se však zapojit do těchto služeb také přímo adiktology, kteří by byli schopni jak službu odborně zajistit, tak také edukovat své kolegy z jiných profesí.

Také Mioviský již v roce 2007 očekával, že s rozvojem moderních technologií a rozšiřováním dopadů jejich využívání, může dojít k proměnám samotného oboru adiktologie.

### **3.3 Protidrogová politika a financování adiktologických služeb**

Formalizace společenské a politické reakce na problém užívání drog v podobě politických dokumentů, jako jsou národní strategie, akční plány, národní programy apod. (Kiššová & Mravčík, 2011), tvoří další část postupů, které v adiktologii využíváme. Nejsou přímou součástí péče o klienty, tvoří však nedílné pozadí a zároveň základní předpoklad, aby takové služby mohly fungovat. Úspěšnost implementace akčních plánů je ovlivňována mimo jiné odborným potenciálem profesionálů v adiktologii a sítí služeb.

V roce 2014 došlo v ČR k integraci protidrogové politiky v oblastech legálních a nelegálních drog i hazardního hraní. Takový krok obecně zlepšuje koordinaci politik prevence závislostí a jejich dopadů, dle Vobořila (2015) není možné v současné době tyto fenomény oddělovat. Avšak zároveň to vyžaduje spolupráci jednotlivých odpovědných resortů. Aktuálně platné dokumenty Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 a Akční plán pro oblast hazardního hraní 2015-2018 reflektují integrovanou protidrogovou politiku v ČR (Vobořil, 2015). Protidrogová politika stojí dle evidence-based přístupu na čtyřech pilířích: prevence, léčba a resocializace, harm reduction a represe.

Adiktologické služby stojí na principu vícezdrojového financování, což s sebou přináší výhody i limity (více v konkrétních výpovědích zaměstnavatelů v praktické části práce). Obor adiktologie je dotován převážně ze státních a krajských dotací, klíčovými hráči jsou především Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Patří sem také Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) je odborným výkonným, metodickým a koordinačním pracovištěm pro sběr, analýzu, interpretaci a distribuci dat o drogách a závislostech v ČR, je samostatným útvarům v rámci sekretariátu RVKPP.

### **3.4 Základní dokumenty oboru adiktologie**

Ruku v ruce s vymezováním protidrogové politiky a přístupu k užívání, uživatelům drog a léčbě s tím spojených komplikací, jdou nejen typy dostupných služeb, ale také formální snaha o odborné uchopení toho, co a jak děláme, zvyšování kvality služeb a udržení kroku se zahraničím při sledování a reakcích na aktuální trendy v oboru.

Výše byly zmíněny Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které jsou základním dokumentem vymezujícím typy adiktologických služeb, jejich parametry a podmínky, jejichž splnění je následně ověřováno procesem certifikace.

Dalším z klíčových nástrojů zajišťování a rozvoje kvality služeb jsou doporučené postupy, respektive standardy dobré praxe (guidelines). Mimo základní funkci při rozhodování o vhodných intervencích u konkrétních klientů, či při zajišťování dobré praxe při plánování služeb, jde také o učící texty, které mohou být oporou vzdělávání studentů i profesionálů (Kalina, 2010). Guidelines mají v zahraničí vysokou prestiž a důvěryhodnost, jelikož vznikají propojením všech skupin, které na nich mají zájem a na základě evidence-based poznatků. Takový dokument „svědčí o vyspělosti odborné obce“ (p. 9). V ČR vznikly Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství (Nešpor, 2010), avšak jak reflektuje Kalina (2010), tyto nejsou dostatečně konzistentní a neodrážejí šíři bio-psycho-socio-spirituálního modelu léčby závislostí ani rozrůstající se adiktologické problematiky (např. duální diagnózy), a nejsou v praxi toho času využívány. Jediným dokumentem podobného typu, který je v platnosti, je Standard substituční léčby (Věstník MZ, částka 3/2008).



### **Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (Miovský et al., 2014b)**

Dokument navrhoval koncepci specializovaných adiktologických služeb pro uživatele NL a patologické hráče. Koncepce z pohledu odborné společnosti zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a usiluje o optimální využití potenciálu již existující sítě ambulantních i pobytových/rezidenčních služeb. K podobě Koncepce sítě služeb se objevila i řada kritických připomínek. Nepustil, Larisch & Černý (2014) vznesli šest zásadních výhrad. Jako první zmiňují autoři centralizaci a výlučnost koncepce oproti zahraničním zkušenostem stavicích naopak na komplexnosti a diverzitě. Koncepce se pokusila vytvořit síť adiktologických služeb, které zastřeší zdravotní i sociální služby. Autorům se nelíbila převážně zdravotnická terminologie s pojmenováním služeb spojovaná, měli obavu, že koncepce se pokouší zahrnout všechny fungující služby do zdravotnictví, což podle nich není možné vzhledem k šíři přístupů, které v adiktologii využíváme. Nepustil et al. (2014) zdůrazňují opomíjení sociálního kontextu závislosti, který je jedním z pilířů v adiktologii uplatňovaného bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. Sociální integrace a komunitní přístup jsou v koncepci péče zahrnovány pod pojem léčba. EMCDDA podle autorů jasně vymezuje, že podpora uživatelů NL v oblastech bydlení, zaměstnání a vzdělávání by neměla být podmíněna abstinencí, tj. sociální integrace by se měla rozvíjet nezávisle na léčebném systému. Nepustilovi et al. (2014) nebylo jasné, proč má mít profese adiktologa v adiktologických službách klíčovou roli, respektive roli case managera pro ostatní odbornosti. Autoři článku vyzdvihují medicínskou část kurikula studijního programu adiktologie, níže je však jednoznačně patrné zastoupení výuky v sociální práci, a tedy důraz na propojení všech složek adiktologické problematiky. Ze zkušeností zaměstnavatelů v praxi adiktologie se také neukazuje, že by adiktologové uplatňovali více zdravotnický přístup na úkor řešení sociální problematiky, naopak byly tyto znalosti vnímány jako pozitivní, rozšiřující obzor celých týmů, viz dále v popisu výsledků praktické části.

Koncepce sítě služeb vymezovala odborné výkony profese adiktologa, které jsou v současnosti postavené na primární indikaci lékaře psychiatra. Tento přístup Nepustil et al. (2014) zobecňují na to, že by všechny služby v kontinuu péče o závislé měly vykazovat adiktologické výkony zdravotním pojišťovnám. Současné zkušenosti s vykazováním výkonů jasně ukazují jejich uplatnění výhradně ve specializovaných zdravotnických adiktologických ambulancích (Čalovka & Sklenář, 2017). Pravděpodobně i vzhledem k připomínkám odborné obce, je nyní koncepce revidována v rámci projektu realizovaného Radou vlády.

V 5/2017 nabyl účinnosti zákon č. 65/2017 S., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který nahradil dosavadní zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zásadní změnou je zavedené plošného zákazu kouření ve vnitřních prostorách restaurací (s výjimkou vodních dýmek a elektronických cigaret) (Mravčík et al., 2017).

### **3.5 Pracovníci v adiktologických službách**

V minulosti v adiktologických službách pracovaly různé skupiny osob. V první řadě to byli odborníci z jiných profesí, například lékaři, sociální pracovníci, zdravotní sestry, kteří však mnohdy neměli specializované vzdělání, a řada z nich primárně nechtěla pracovat s cílovou skupinou uživatelů návykových látek (ATTC, 2017; Bell, 2008; Conley, Schantz, Shea, & Vaillancourt, 2006; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2014). Další skupinou byli jiní méně kvalifikovaní pracovníci či ex-useri (Kalina, 2007a; Miovský, 2007). Rolí a specifikům zapojení bývalých uživatelů NL v týmech adiktologických služeb se věnuje řada prací, např. Kolitsch (2016), Mašek & Sobotka (2005), či Schulzová (2014), v zahraničním kontextu jejich přínos zdůrazňují Kirtadze, Otiashvili & Javakhishvili (2011). Posledně zmínění autoři se však zmiňují o tom, že v gruzínských adiktologických službách jsou ex-useri sice hojně zastoupeni v personálních týmech, avšak mnohdy s absencí potřebného vzdělání a dovedností. V ČR není zapojení ex-userů do profesionálních služeb tak obvyklé, služby u nás byly z historických důvodů spíše expertně vedené (Gabrhelík & Miovský, 2011). V zahraničí

jsou však standardní součástí týmů, např. v Irsku (osobní stáž v TC Coolmine) není vyžadováno specifické vzdělání, anamnéza je kvalifikuje pro přímou práci s klienty, v USA se tento trend postupně proměňuje směrem k vyšší profesionalizaci (SAMHSA, 2006b). V některých případech jsou ex-useři využíváni spíše jako peer pracovníci, respektive umožňují zprostředkování kontaktu se skrytými populacemi či obecně populací uživatelů NL (Stewart, Wright, Sims, Russell Tyner & Montgomery, 2012).

Samozřejmostí zůstává nenahraditelná role ostatních profesí v adiktologii, např. Kalina (2007b) popisoval tým terapeutických komunit dle vzdělání, aby naplňoval princip multidisciplinarity, jeho tvrzení je však bez výjimky aplikovatelné na všechny adiktologické služby, protože „bez multidisciplinárních týmů integrujících profese zdravotnické, sociální, pedagogické a jiné, to bude špatně“ (Sklenář, 2014, p. 367). Takto sem patří profese psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka, zdravotní sestry, pedagoga a další. Je však důležité uvažovat i v tom kontextu, že zmíněné odbornosti mají adiktologii jen jako jednu z možných specializací. I z tohoto důvodu vznikla v ČR profese adiktologa, která může sloužit jako most mezi dalšími profesemi, případně jako odbornost zaplňující bílá místa oboru.

### **Profese adiktologa**

Adiktologem se stává absolvent bakalářského studijního programu adiktologie. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařích, spadá adiktolog mezi nelékařské zdravotnické profese, které mohou vykonávat své povolání samostatně, bez odborného dohledu dalších zdravotnických odborníků.

Za výkon povolání adiktologa se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, tj. prevence a léčba závislostí na návykových látkách a dalších závislostí. Jednotlivé činnosti, které spadají do gesce adiktologa, vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která výkony člení do dvou skupin v závislosti na tom, zda vyžadují indikaci lékaře či nikoliv. Vyhláška počítá nejen s absolventem bakalářského stupně, tedy s profesní kvalifikací, ale i s atestací v podobě klinického adiktologa, který bude kvalifikací specializovanou.

Činnosti adiktologa (upraveno dle vyhlášky č. 55/2011 Sb.):

- Komplexní adiktologická diagnostika
- Neinvazivní odběry biologického materiálu
- Stanovení programu primární prevence, včasné diagnostiky a intervence
- Depistáž
- Individuální, skupinová a rodinná podpůrná psychoterapie
- Edukace a instruování dalších pracovníků v oblasti adiktologie
- Poradenství
- Vypracování komplexního léčebného plánu a jeho realizace (na základě indikace lékaře)

Pod odborným dohledem lékaře pak může adiktolog i asistovat při vedení terapie či psychiatrického vyšetření.

Každá zdravotnická profese s oprávněním k výkonu samostatného povolání má v tzv. sazebníku (Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, MZ ČR) obsaženy vlastní výkony popisující činnosti dané odbornosti při poskytování zdravotní péče, profese adiktologa je však v roce 2013 ještě neměla (Sklenář, 2013), i přesto, že byla legislativně zařazena mezi nelékařské zdravotnické profese již v roce 2008. Cesta ke vzniku a zařazení adiktologických výkonů do Sazebníku výkonů trvala šest let. Původní návrh sdílet výkony jiných, adiktologii blízkých profesí, byl odmítnut Ministerstvem zdravotnictví, vznikl tak jedinečný soubor výkonů profese adiktologa. Na této činnosti se podílela zejména Česká asociace adiktologů, s cílem pokrýt definovanými výkony spektrum služeb a intervencí, které jsou v adiktologických službách využívány. Prvotní návrhy popisů obsahu jednotlivých výkonů v rámci tzv. registračních listů byly doplněny ekonomickým posouzením dopadu na náklady zdravotních pojišťoven. Takto bylo ve výsledku popsáno následujících šest zdravotních výkonů s kódem

919 (Sklenář, 2016), které byly publikovány v Sazebníku zdravotních výkonů s platností od 1. ledna 2014 (Vyhláška č. 421/2013 Sb.):

- Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče
- Vyšetření adiktologem kontrolní
- Minimální kontakt adiktologa s pacientem
- Adiktologická terapie individuální
- Adiktologická terapie skupinová
- Adiktologická terapie rodinná

Definice výkonů a jejich zařazení do Sazebníku však bylo pouhým prvním krokem k samotnému vyjednávání se zdravotními pojišťovnami. V současné době hovoříme pouze o úhradě v rámci ambulantních provozů, tzv. adiktologických ambulancí. Počáteční představa o nasmlouvání adiktologické péče ve všech okresech ČR vzala za své, cíl byl přeformulován na zajištění péče alespoň v každém kraji. K 1. lednu 2016 bylo uzavřeno sedm smluv pro odbornost adiktologa (919) Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, ZP Ministerstva vnitra a Českou průmyslovou ZP (konkrétně se jedná o města Praha, Olomouc, České Budějovice, Ústí nad Labem, Trutnov, Brno, Beroun). Dle Sklenáře (2016) jde o velký krok dopředu, s významným dopadem nejen na úhradu odborné péče, a tedy přísun finančních prostředků do oboru (odhad před vyhodnocením pojišťoven činil 3-5 milionů Kč), ale především na samotné uživatele služeb, kteří mohou nyní dosáhnout na bezplatnou specializovanou adiktologickou ambulantní péči. Také pro adiktologické služby přináší tento fakt naději na další rozšíření smluv, včetně regionálních zdravotních pojišťoven. Sklenářův (2016) odhad počtu klientů, jimž může být hrazená adiktologická péče dostupná, se pohybuje okolo 1500 osob. Zajištění dostatečného množství finančních prostředků pro obor a zajištění dostupnosti specializovaných sociálních a zdravotních služeb jsou hlavními cíli rozvoje oboru adiktologie (Sklenář, 2014). Pilotní projekt VZP skončil s koncem roku 2017, nyní probíhá jeho vyhodnocování. Průběžně však organizace, které v něm byly zapojeny, publikovaly dosavadní zkušenosti s úhradou adiktologické péče ze strany zdravotních pojišťoven. Čalovka & Sklenář (2017) prezentovali výstupy zařízení odbornosti 919 za rok 2016. Celkem služeb sedmi zařízení zapojených do pilotního projektu VZP využilo 1248 klientů s diagnózami F10-F19 a F63, z toho bylo 736 klientů VZP (59 %). Zařízení nabízela všechny adiktologické výkony. Celková částka vynaložená zdravotními pojišťovnami činila 1 710 000,- Kč (z toho VZP 1 082 000,- Kč), péče o jednoho klienta stála 2471,- Kč. Autoři jednoznačně shrnovali, že je nedostatečné pokrytí adiktologickými službami, které mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami, a zároveň nedostatečná úhrada z jejich strany.

Všechny typy služeb, přístupů a jejich formálního zajištění uvedené v této kapitole vyžadují vzdělaný personál, ať hovoříme o adiktologích či dalších profesích. S tím, jak se proměňují cílové skupiny, jejich potřeby i služby, které jsou pro ně vytvářeny, je důležité flexibilně reagovat realizací výzkumů, na základě jejichž zjištění můžeme upravovat formu a obsah vzdělávání.

## 4. VZDĚLÁVÁNÍ A PROFESIONALIZACE V OBORU ADIKTOLOGIE

Následující kapitola je věnována případové studii popisující vývoj oboru adiktologie a v jeho rámci také rozvoj potřebného vzdělávání v České republice. Cílem je zachytit historický kontext, současný stav a přenos dosavadních zkušeností se vzděláváním do reálné praxe oboru adiktologie. Česká zkušenost bude pro srovnání také uvedena do kontextu vývoje v zahraničí.

### 4.1 Historický vývoj a současnost vzdělávání v oboru adiktologie v ČR

#### ***Lékařská adiktologie***

V České republice má klinická praxe v oboru věnujícím se závislostem dobré základy, je funkční již od 50. let minulého století. Také vzdělávání v oboru adiktologie má dlouhotrvající tradici. Tu založil Jaroslav Skála, k němuž se i v současnosti odkazujeme. Podle Kaliny (2007a) již Skála razil heslo, že „vzdělávání má odpovídat na potřeby praxe a jít vždy o krok dál za tuto aktuální reflexi“ (p. 5). Obor adiktologie, respektive tehdy návykové nemoci či AT (alkoholismus a jiné toxikomanie), byl původně součástí a doménou psychiatrie. Logicky se proto v oboru profilovali především lékaři, zejména prostřednictvím specializace (ustanovena v roce 1980) či nástavbového studia v AT, ale také vzdělávání ve formě tzv. Purkyně či celostátní odborné AT konference. Obě tyto platformy pro vzdělávání a výměnu informací v oboru jsou stále funkční a rozvíjejí se dle potřeb pracovníků a měnících se trendů. Riesel (2007) hodnotí Purkyně v současnosti jako více akademicky zaměřené, v minulosti podle něj reflektovaly dění v praxi oboru a účastnili se jich (ať jako přednášející či posluchači) zkušení profesionálové. I tomuto typu celoživotního vzdělávání se věnuje Společnost pro návykové nemoci, která pravidelně vyhodnocuje úspěšnost Purkyně a hledá možnosti, jak zvýšit jejich atraktivitu (Miovský, 2009). Kalina (2007a) také zdůrazňuje význam mezioborového pojetí ostatních vzdělávacích aktivit, do nichž byli zapojeni nejen lékaři, ale i profesionálové z jiných disciplín, včetně nelékařů. Počátky vzdělávání pracovníků drogových služeb, nejen lékařů, spadají do r. 1967, kdy vznikl unikátní systém sebezkušenostního vzdělávání psychoterapeutů SUR (Radimecký, 2007). Společným cílem bylo doplnění odborné základny pracovníků, kteří by stáli u zrodu a rozvoje sítě služeb pro uživatele NL (především nelegálních).

Kalina se již v roce 2007 obával zániku specializované lékařské atestace v oboru léčby návykových nemocí, která byla v ČR řadu let k dispozici, tato skutečnost se naplnila. Adiktologie již nepatří mezi samostatné atestace. Možnost profilace v tomto oboru představuje nástavbová specializace návykové nemoci v oboru psychiatrie (Miovský, Kalina, Libra, Popov & Pavlovská, 2014a). Nelékařský obor adiktologie však ani dnes nemůže a nechce lékařskou specializaci nahradit. Lékařská adiktologie je jedním z pilířů celého systému péče (Polydorou, Gunderson & Levin, 2008). V té souvislosti v ČR dosud chybí výkony přímo vázané na odbornost lékaře-adiktologa a také úzce zaměřené vzdělávání. V současnosti je vyučován 8hodinový základní výukový modul, převážně teoretický kurz Prevence škodlivého užívání NL a léčba závislostí, který je povinný pro všechny klinické obory všeobecného lékařství, a je zahrnut do výuky psychiatrie (Miovský, 2014). Tento stav neodpovídá reálným požadavkům na lékaře z hlediska zvládnutí adiktologických pacientů (např. provádění krátké intervence, diagnostiky).

#### ***Adiktologie jako samostatný (nelékařský) obor***

Rok 1989, jakožto přelomové období v historii České republiky, přinesl proměny v oblasti péče o uživatele návykových látek a závislé. Dosavadní systém zdravotní péče (zejména sítě AT ambulancí) se nepodařilo reformovat a udržet, současně se začal rozvíjet přístup harm reduction zaměřený na minimalizaci rizik a škod (Janíková, 2008). Došlo tak ke střetu abstinenci orientovaného přístupu, který byl v předchozím období zaměřený převážně na léčbu závislosti na alkoholu (v období vlády komunistické strany byla realita užívání nelegálních drog popírána, respektive potlačována, nikoliv řešena léčbou), a harm reduction, který primárně vznikl v podobě intervencí pro uživatele nelegálních NL. Obě tato paradigmat

a zároveň jejich střety ovlivnily podobu vzdělávání a vědy v oboru adiktologie (Miovský et al., 2014a).

Od počátku 90. let, kdy se začaly rozvíjet nové typy služeb a organizací, se současně zvyšovaly nároky na dovednosti řízení takových služeb, ale i na pracovníky v přímé péči. Doposud zde pracovaly různé skupiny pracovníků, od odborníků z různých oborů po laiky, ex-usersy atd., patrný byl jak „nedostatek vzdělaných profesionálů v rychle se rozvíjejících službách, tak problémy s uznáváním různých kvalifikací, s definicí odborné činnosti či pravomocemi jednotlivých profesí“ (Miovský et al., 2014a, p. 310). Jedním z faktorů ovlivňujících rozvoj služeb i vzdělávání pracovníků byla také neexistence odpovídající kvalifikace pro zdravotnictví, kde do té doby působili pouze lékaři, zdravotní sestry a kliničtí psychologové. Harm reduction služby, které poskytují výměnný program injekčních stříkaček a parafernálií, testují klienty na infekční nemoci, provádějí toxikologická vyšetření atd., se potýkaly s možným problémem při zaměstnávání výhradně sociálních pracovníků, kteří takové výkony z titulu své profese provádět nemohou (Miovský et al., 2014a). Ke změně této situace došlo v roce 2006 přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy byly adiktologické služby integrovány do systému sociálních služeb, ovšem bez zdravotnické komponenty.

Nutně vyvstala otázka na adekvátní vzdělání pro přímou práci s cílem profesionalizovat poskytované služby. Inspirací a základnou se stalo evropské mezioborové vzdělávací kurikulum, které umožnilo propojit vzdělávání rozmanité skupiny pracovníků různých služeb, včetně učitelů či policistů (Kalina, 2007a). Tito „noví“ pracovníci se integrovali do stávajícího funkčního systému vzdělávání i komunikace, tj. konferencí, Purkyně, psychoterapeutického výcviku SUR či odborných společností.

V letech 1996-2001 prošlo více než 100 pracovníků vzdělávacím kurzem organizovaným zahraničními kolegy z University of California (San Diego) a následně Università degli Studi di Palermo (School of Medicine) (International European Drug Abuse Treatment Training Project).

V roce 1997 připravil Kalina (2007a) dokument „Cíle pro ČR v oblasti vzdělávání v drogové problematice“ pro Ministerstvo zdravotnictví, který specifikoval cíle v oboru adiktologie (tehdy ještě nikoliv pod tímto názvem). Jedním ze záměrů bylo vytvoření a zavedení odbornosti „drogového poradce“, který se bude zaměřovat na sekundární a terciární prevenci, a odbornost „aktivisty v drogové prevenci“ specializované na oblast primární prevence. Tento cíl se podařilo naplnit zcela, dokonce tak, že byla vytvořena nová profese adiktologa, která v sobě integruje obě původně předpokládané odbornosti (Kalina, 2007a), viz dále.

Frouzová & Heller (2007) popsali činnost Skálava institutu, který funguje od roku 1990 a nabízí vzdělávání pro pracovníky v pomáhajících profesích v oblasti psychoterapie a osobnostního růstu, se speciálním zaměřením na ty, kteří pracují v oboru věnovaném prevenci a léčbě závislostí. Jedním z motivů tohoto zaměření je dlouhodobá zkušenost autorů ve vzdělávání v oboru, již v roce 1989 byla založena Společnost o drogách a alkoholu SODA, která se této činnosti věnovala. Navazují také na fungování sebezkušenostního vzdělávání v psychoterapii SUR a na vzdělávací projekt International Europe Drug Abuse Treatment Training Project, jehož kurikulum inspirovalo autory k vytvoření struktury vzdělávání Skálava institutu (Frouzová & Heller, 2007). V roce 2007 realizoval Skálův institut nejen sebezkušenostní výcvik v integrativní psychoterapii, ale také Výcvik v technikách primární protidrogové prevence (v délce 1 roku) a Výcvik v technikách primární prevence sociopatických jevů (3letý). Výcvik v technikách primární prevence byl určen metodikům prevence ve školách a lektorům primární prevence a spočíval v kombinaci teoretické přípravy a nácviku a zažití technik na sobě samých. Podle aktuálních informací z webových stránek Skálův institut tyto na závislosti specializované programy již nenabízí, zaměřuje se úzce na poskytování psychoterapeutického vzdělávání (Skálův institut, <http://www.skaluvinstitut.cz/>, 19. 4. 2018). Je pravděpodobné, že příčinou byl nedostatek finančních prostředků, o kterém se sami Frouzová & Heller (2007) zmiňovali jako o slabé stránce programů.

Sebezkušenostní výcvik, jak byl prezentován v roce 2007 Frouzovou a Hellerem, byl nicméně postaven na „integrativním modelu systematického vzdělávání v psychoterapii, který vycházel z nároků na pracovníka v oblasti závislostí a dělil se do 6 základních oblastí“: znalost

klienta (anamnéza, práce s motivací, diagnostika, plán péče), znalost profese (sít terapeutického kontinua, etika), teoretické znalosti v oblastech závislostí, psychoterapie a souvisejících témat), praktické dovednosti, sebezkušenost s terapeutickým procesem, kvalita osobnosti pracovníka (Frouzová & Heller, 2007).

Do přípravy prvních vzdělávacích programů pro pracovníky v drogových službách byly zapojeny nestátní neziskové organizace, SANANIM, Nadace FILIA a Sdružení Podané ruce. První ročník vzdělávacího kurzu byl realizován v roce 1994 a byl určen pro pracovníky nízkoprahových služeb. Spolupráce těchto organizací s tehdejší Meziresortní protidrogovou komisí (nynější RVKPP) umožňovala podporu vzdělávání a vedla k vytvoření první institucionální platformy – subkatedry návykových nemocí v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) v roce 1998 (Kalina, 2007a). Zde byly zahájeny dlouhodobé vzdělávací mezioborové kurzy ve spolupráci se sdružením SANANIM zaměřené na oblast drogových závislostí. Podobné dlouhodobé kurzy realizovaly i organizace Sdružení Podané ruce a Skálův institut (viz výše). Prvotní vzdělávací aktivity byly realizovány na podkladě potřeb tehdejší praxe, tj. často nezkušených a nedostatečně vzdělaných pracovníků či pracovníků vzdělaných původně v jiných disciplínách. Objevila se otázka, zda by mělo smysl vytvořit vzdělávací institut, který bude nezávislou jednotkou a na jehož činnosti se budou podílet odborná zařízení i odborníci z celé ČR. Takto vznikl Institute of Expert Services (I.E.S.), který měl původně ambici poskytovat služby na mezinárodní úrovni a podílet se na mezinárodních projektech, v současné době je však součástí organizace Sdružení Podané ruce a primárně nabízí aktivity touto organizací poskytované. Nicméně jedním z přetrvávajících cílů je spolupráce při celoživotním vzdělávání pracovníků v adiktologických službách, jež je realizováno prostřednictvím kurzů zaměřených na teoretické znalosti stejně jako na praktické dovednosti (Vobořil, 2007). Vzdělávání je v I.E.S. dostupné na několika úrovních a zahrnuje přímé pracovníky v adiktologických službách, ale také zástupce státní správy a odborníky jiných specializací, kteří se s drogovým fenoménem setkávají (sociální pracovníci, zdravotníci, policisté, učitelé, úředníci, duchovní atd.).

V roce 2000 pak na platformě Sdružení Podané ruce začala vznikat koncepce vzdělávání, na kterou o dva roky později navázala analýza potřeb pracovníků v drogových službách v oblasti vzdělávacích aktivit. Rok 2003 přinesl Koncepti mezioborového vzdělávacího a výcvikového kurzu pro oblast léčby a prevence závislostí (autorem byli Miovský et al.), která vznikla z původního interního vzdělávacího programu pro zaměstnance sdružení a byla základem Multidisciplinárního kurzu.

Podle Radimeckého (2007) byl dalším impulzem na cestě k dnešní adiktologii projekt Pompidou Group Rady Evropy (Drug Demand Reduction Staff Training Project), kterým započala spolupráce mezi brněnským a pražským týmem ústící do podoby návrhu společného mezioborového vzdělávacího kurikula a existence dvou paralelních kurzů v Praze a v Brně (Miovský, 2007). Jednalo se o multidisciplinární kurz „Drogové závislosti“ pořádaný o. s. SANANIM v Praze, při Subkatedře pro návykové nemoci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, a v Brně Sdružením Podané ruce při Institutu dalšího vzdělávání středního zdravotnického personálu. V rámci zmíněného projektu vznikly také publikace Kaliny et al. (2001, 2003) a navázalo se na myšlenku, vzniklou po úspěšné realizaci zmíněných dlouhodobých kurzů, vytvořit kurikulum nabízené jako samostatný studijní obor na bakalářském stupni na univerzitě (Kalina, 2007a), a s tím kompatibilní potřebu celoživotního vzdělávání (Vobořil, 2007). Radimecký (2007) doplňuje informaci, že otevření bakalářského studia adiktologie bylo jedním z dlouhodobých cílů projektu Rady Evropy (p. 48). To se podařilo v akademickém roce 2005/2006 na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Kalina (2007a) označuje tento krok jako tehdejší vrchol v rozvíjení Skálůva vzdělávacího paradigmatu.

Kromě realizovaných pokusů o vzdělávací aktivity byly ve hře také další faktory, které ovlivnily podobu vznikajícího oboru adiktologie, dle Radimeckého (2007) se jednalo o změny perspektivy při uvažování o závislosti na mezinárodní odborné půdě (posun od pojetí závislosti jako nemoci k postoji, že závislost je naučené chování, tj. více v kontextu multidisciplinárního, bio-psycho-sociálního přístupu k užívání NL), harmonizace vysokého školství v kontextu EU,

potřeba dalšího vzdělávání pracovníků v oboru (např. specializační studium školních metodiků prevence) a zasazení oboru adiktologie do systému profesní přípravy pracovníků nelékařských profesí ve zdravotnictví 1. LF UK v rámci studijního programu Specializace ve zdravotnictví a také do zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařích. Poslední zmíněný krok má praktický dopad na nastavení kreditního systému v oblasti celoživotního vzdělávání, tento systém však byl v ČR v roce 2017 zrušen (novelou č. 201/2017 Sb. výše uvedeného zákona o nelékařích). Proces sjednocování vysokoškolského vzdělání v Evropské unii přinesl v roce 1998 Sorbonnskou deklaraci o přípravě Evropského systému vysokého školství (Francie, Německo, Itálie, Spojené království), a následně v roce 1999 Boloňskou deklaraci (29 evropských zemí), která stanovila vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání do roku 2010. Tyto deklarace ovlivnily podobu studia i v ČR. Je nutné rozlišovat mezi kvalifikačním a specializačním studiem, kdy první zmíněné přiznává odbornou kvalifikaci v základním stupni, a druhé vede k zaměření na užší oblast a prohloubení znalostí a dovedností v profesi. ČR tak stála před úkolem připravit tyto stupně vzdělávání a zavést do praxe kreditní systém, čímž by vznikla možnost zajistit uznávání kvalifikací napříč podobnými obory v EU (Miovský, 2007). „Specializačním studiem rozumíme praxi kombinovanou s kurzy navazujícími na pregraduální studium směřující ke specializační zkoušce“ (Miovský, 2007, p. 36). Teprve splnění požadavků specializačního vzdělávání by opravňovalo absolventa k samostatnému výkonu dané profese. Na specializační studium by pak nasedalo celoživotní vzdělávání. Současný stav je poněkud odlišný, dle zákona č. 96/2004 Sb. je absolvent bakalářského studia adiktologie oprávněn k samostatnému výkonu profese bez odborného dohledu, specializační studium není v současné době dostupné. Také proto navazuje ČŽV přímo na dokončení pregraduálního studia.

#### **4.2 Studijní program adiktologie**

Dostupnost specializovaného akademického vzdělání zvyšuje profesionalitu a atraktivitu celého oboru (ATTTC, 2017). Dle Vobořila (2007) se „uznání adiktologie jako profese jeví jako klíčová otázka pro řešení problémů souvisejících s užíváním drog“ (p. 77). Vzhledem ke specifickým a náročným adiktologickým klientelám je nezbytná adekvátní příprava pracovníků v těchto službách. Podle autora je klíčové, aby mladí pracovníci získali nejen zkušenosti, ale také základní informace o tom, jak takové situace optimálně pracovně i lidsky zvládat. Vzdělání obecně přináší profesionalitu, kvalitu a efektivní fungování v dané činnosti (Vobořil, 2007). Vzdělání a následně uznání oboru by mělo vycházet z adekvátního naplňování potřeb praxe. V případě oboru adiktologie hovoříme o multidisciplinaritě, respektive transdisciplinaritě (Miovský et al., 2015), obor zahrnuje jak oblast zdraví, tak oblasti sociální či výchovnou. Mluvíme tedy o holistickém přístupu, respektive v české adiktologii využívaném bio-psycho-socio-spirituálním přístupu k užívání návykových látek a léčbě problémů s ním spojených (Kalina et al., 2003; Vobořil, 2007).

Vznik studijního oboru adiktologie byl logickým vyústěním předchozích snah o vzdělávání pracovníků v drogových službách. V roce 2005 bylo zahájeno studium oboru adiktologie, který se zabývá užíváním návykových látek, prevencí a léčbou poruch a onemocnění s tím souvisejících, zahrnuje také problematiku nelátkových závislostí, regulaci a výzkum. Obor naplňuje požadavky na aplikaci evidence-based přístupu k návykovým látkám (Miovský, 2007). Profiluje se jako samostatný zdravotnický obor, který je nyní v roce 2018 akreditován jak na bakalářské, tak navazující magisterské a doktorské úrovni, v obou formách, tj. prezenční a kombinované. „Studium adiktologie zprostředkovává studentům klíčové znalosti, dovednosti a kompetence, které jsou nezbytné pro provádění dobré a na důkazech založené prevence a léčby závislostí a závislostního typu chování u klientů“ (Gabrhelík & Miovský, 2014, p. 204). Níže popíšeme podrobněji rámec jednotlivých studijních úrovní, včetně základního obsahu a výstupního profilu absolventů.

#### **Bakalářské studium adiktologie**

Studijní program adiktologie respektuje pravidla Boloňského procesu, proto bakalářské studium je tříleté, a to v prezenční i kombinované formě. Podle kreditního řádu fakulty a



univerzity musí student během jednoho ročníku studia získat minimálně 60 kreditů a minimálně 180 kreditů v průběhu celého tříletého studia. Studium je vystavěno na předmětech tzv. medicínského kmene, který je společný pro všechny obory studované na lékařské fakultě (Anatomie, Chemie, Biologie, Patologie, Fyziologie atd.). S postupem ve studiu roste i počet specializovaných adiktologických předmětů, stejně jako hodinová dotace odborných praxí.

Pro ilustraci zde uvedeme některé okruhy předmětů (upraveno do podoby souhrnu dle studijních plánů pro akademický rok 2018/2019):

- Ošetřovatelství
- Psychologie, komunikační dovednosti
- Psychiatrie
- Pedagogika a speciální pedagogika
- Právo a kriminologie
- Sociální práce a politika
- Etika
- Neurovědy
- Systém léčebné péče v adiktologii
- Klinická adiktologie
- Poradenství
- Metodologie výzkumu v adiktologii, statistika, psaní odborného textu
- Case management
- Drogová politika
- Primární prevence
- Management organizací, finanční management

Odborná praxe v Bc. stupni činí celkem 320 hodin a pokrývá povinně celé terapeutické kontinuum adiktologických služeb (od nízkoprahových, přes ambulantní služby, ústavní léčbu, terapeutickou komunitu a následnou péči, k doporučené praxi v primární prevenci a dalších typech služeb).

Znalosti a dovednosti adiktologa v tomto stupni zahrnují preventivně-výchovnou péči, krizovou intervenci, case management, základy práva, managementu a další.

Absolvováním bakalářského studia získá absolvent odbornou způsobilost k výkonu povolání adiktologa, jenž je zdravotnickým nelékařským pracovníkem (dle zákona č. 96/2004 Sb. jde o zákonem regulovanou zdravotnickou profesi, podobně jako je např. fyzioterapie). V souladu s definovaným profilem absolventa (Akreditační spis, 2011) může vykonávat profesi v oblastech prevence užívání NL, léčby, poradenství a sociální reintegrace a také v managementu, státní správě (Miovský, 2007).

### ***Navazující magisterské studium adiktologie***

Studium je v rozsahu dvou let, může být nástavbou bakalářského studia adiktologie i jiného bakalářského programu. V současné době jeho dokončení nepřiznává odbornou kvalifikaci, jde o studium zájmové, výhledově by se však mělo stát vstupní branou do specializační přípravy (tzv. klinický adiktolog).

Studium je postaveno na posílených liniích veřejného zdraví, duševního zdraví a klinické adiktologie. Také je zvýrazněná manažerská složka. Absolventi by po dokončení studia měli být schopni se uplatnit nejen v přímé klinické práci, ale také v oblastech veřejné správy, drogové politiky a managementu. Významnou složku studia tvoří vědecká práce, Mgr. studium vytváří předpoklad i pro pokračování v postgraduálním studiu.

Mezi klíčové vyučované předměty patří (souhrn zpracován dle aktuálně platných studijních plánů, bez rozlišení ročníků):

- Klinická adiktologie
- Veřejné zdraví a zdravotnictví
- Duševní zdraví
- Psychoterapie
- Metodologie výzkumu
- Právo



- Case management
- Primární prevence
- Diagnostika
- Management služeb
- Kasuistické semináře
- Supervize

Studium opět zahrnuje také klinickou praxi (v případě zájmu mohou studenti absolvovat také tzv. doplňkovou praxi v jiných institucích, jako jsou vědecké, výzkumné, vzdělávací či státní instituce) v rozsahu 200 hodin.

### ***Doktorské studium adiktologie***

Od roku 2012 je studium adiktologie v ČR kompletní, v té době získal akreditaci a byl poprvé otevřen doktorský studijní program, opět dostupný v prezenční i kombinované formě, poprvé však také pro mezinárodní studenty v anglickém jazyce. Studium trvá 4 roky a je zakončeno udělením vědeckého titulu Ph.D. Studenti absolvují výuku předmětů, zároveň se sami zapojují do výuky studentů adiktologie v pregraduální úrovni. Doktorské studium je zaměřené na kultivaci vědy a výzkumu, studenti jsou proto pobízeni k realizaci svých výzkumných projektů, k publikaci výsledků v tuzemských i zahraničních periodikách a k prezentaci na odborných konferencích. Některé výstupy studentů je možné najít v monotématickém čísle časopisu Adiktologie (3/2014), ale i v zahraničních časopisech, včetně impaktovaných (např. Minařík et al., 2017; Vacek, Voňková & Gabrhelík, 2017). Cílem programu je vychovávat mladé vědce a budovat širší vědecko-výzkumnou základnu odborníků, kteří budou schopni výsledky své práce odrážet nazpět do praxe dle jejích potřeb, a dle nejnovějších poznatků (Miovský, 2014).

Paralelně se vznikem kurikula vysokoškolského studia adiktologie docházelo k ujasnění profilace, potřeb a koncepčních záměrů různých profesí působících v oboru adiktologie, což vyústilo až ve formulaci první ucelené Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie v historii ČR. Ta byla v roce 2014 úspěšně schválena hlavními odbornými společnostmi, tj. SNN a ČAA (Miovský et al., 2014a). „Koncepční změny a nastavení vzdělávání mají v současné fázi vývoje oboru již dopad na poměrně velký počet pracovníků v celém systému“ (Miovský et al., 2014a, pp. 313, 314). Koncepce vzdělávání má za cíl sjednotit podobu vzdělávání v oboru adiktologie pro všechny zainteresované disciplíny. Obsah a parametry dokumentu mají úzce sledovat vývoj v oboru. Vzdělávání má zásadní vliv na profesní přípravu, úroveň absolventů a profesionálů v oboru a na kvalitu péče, ale je také regulačním nástrojem. Rozložení vzdělávacích i profesních parametrů musí odrážet potřeby a možnosti praxe.

V ČR je kromě studijního programu Specializace ve zdravotnictví: Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy možné studovat podobné obory s názvy „Prevence a rehabilitace sociální patologie“ (Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích) a „Sociální patologie a prevence“ (Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita; Katedra sociální patologie a sociologie, Univerzita Hradec Králové). Program fungující na Jihočeské univerzitě byl nabízen jako tříleté bakalářské studium zaměřené na znalosti a dovednosti pro práci v oblastech primární, sekundární, terciární prevence a psychosociální rehabilitace rizikového chování, tedy i užívání návykových látek (Zášková, 2007). Tento obor je svým pojetím multidisciplinární, jeho součástí je dovednost využívat a koordinovat práci odborníků jiných disciplín pro optimální řešení problémů a potřeb klientů. Patří sem také zvládnutí běžných zdravotnických úkonů. Studenti absolvují praxe a supervize. Program je složen ze dvou částí – sociální práce a zdravotnictví (např. předměty první pomoc a ošetřovatelství). Skladba předmětů a zahrnutí zdravotnické části odráží zdravotnický rozměr oboru a „umožňuje chápat studované sociální jevy mimo jiné také ve zdravotních souvislostech“ (Zášková, 2007, p. 62). Obor měl vydefinované výstupní kompetence absolventů, které umožní přímou práci se závislými na drogách i jedinci s návykovým chováním. Je současně pojat širěji, absolventi jsou schopni působit také v dalších typech služeb, případně řešit komplexní problémy související s užíváním NL (např. bezdomovectví, nezaměstnanost, násilí apod.). Mezi tyto kompetence patří: 1) Interpersonální pomáhání (kompetenci tvoří poskytování pomoci

s porozuměním individuálním nebo rodinným vzorcům chování, způsobilost získávat a analyzovat klientovy informace a identifikovat silné stránky a problémy, vybudovat profesionální vztah atd.), 2) Plánování a udržování případu, 3) Posouzení rizik a změny služeb, 4) Vzdělávání (edukace klientů, nácvik dovedností), 5) Protektivní služby, 6) Služby ze zdravotnické oblasti a z oblasti veřejného zdraví (kompetence porozumění bio-psycho-sociálnímu pojetí závislosti s důrazem na komplexní pohled na člověka, plánování a realizace preventivních programů, plánování léčby, spolupráce s odborníky z jiných oborů atd.), 7) Zajišťování hmotných služeb (finanční management, hledání zaměstnání, ubytování), 8) Výzkum a rozvoj sociální politiky, 9) Rozvoj programů (získávání finančních zdrojů, plánování služeb, hodnocení úspěšnosti programů). Uplatnění na trhu práce absolventi naleznou v širokém spektru služeb, od státní správy, po školství, ke specifickým drogovým službám (Zášková, 2007).

### 4.3 Celoživotní vzdělávání v adiktologii

Samostatnou kapitolu tvoří celoživotní vzdělávání (dále ČŽV) adiktologů, které se vytváří průběžně, ovlivňováno vývojem v oboru. Již v roce 2007 hovořil Radimecký o připravované koncepci celoživotního vzdělávání v oboru adiktologie. Strategie drogové politiky EU 2005-2012 a Národní strategie protidrogové politiky 2005-2009 volaly po dalším vzdělávání pracovníků v oboru. Cíle koncepce ČŽV zahrnovaly jeho zavedení do praxe, vyjednání začlenění profese adiktologa do tzv. katalogu prací, zlepšení finančního ohodnocení pracovníků v adiktologických službách, zlepšování pojetí profesní identity adiktologů a jejich společenského kreditu prostřednictvím medializace (Radimecký, 2007). Původně měla být koncepce ČŽV vytvářena radou složenou ze zástupců všech zainteresovaných skupin, tj. poskytovatelů vzdělávacích programů, profesních sdružení a organizací a orgánů veřejné správy, a být tak plně mezioborovou a multidisciplinární.

Koncepce ČŽV přináší výhody i rizika. Jedním z nich je nastavení systému tak, aby se do něj mohli zapojovat i pracovníci, kteří neabsolvují studium adiktologie, a také způsob uznávání dalšího vzdělávání v minulosti jako formu tzv. specializačního studia. Zde měl Radimecký (2007) na mysli zejména kurzy IPVZ, IDVZ či I.E.S. Celá příprava musí stát na základě důkladné diskuze, protože koncepce ČŽV přímo ovlivňuje vývoj oboru v delším horizontu.

Radimecký (2007) představil původní návrh koncepce ČŽV, který již počítal s profesí adiktologa. Pro uznání kvalifikace adiktologa byly zamýšleny dvě varianty, a to absolvování studia adiktologie či absolvování jiného SŠ nebo VŠ studia a návazné absolvování povinného vstupního vzdělávacího minima. Splněním této vstupní kvalifikační podmínky by mohl být uchazeč zařazen do systému ČŽV. Ten předpokládá existenci několika kvalifikačních úrovní, na které navazuje, a to následovně:

- Kvalifikační (zde byla zamýšlena podmínka složení specializační zkoušky po 1. roce praxe, která by teprve opravňovala pracovníka k samostatnému výkonu profese)
- Specializační (v rozsahu 3-5 let v závislosti na dosavadní úrovni odbornosti, zakončeno specializační zkouškou)
- Navazující/udržovací (individuálně, na základě své volby a profesního zájmu, podmínkou by bylo získání dostatečného počtu kreditů ve stanoveném časovém rámci, na jehož základě by bylo prodlouženo či odebráno osvědčení k samostatnému výkonu zdravotnického povolání).

Původní návrh zahrnoval čtyři kvalifikační úrovně, v návaznosti na Seznam a definice výkonů drogových služeb (NMS, 2006) a tzv. Minimální evaluační set (MES). V návrhu se objevily:

- „Nižší odborný adiktologický pracovník“ – absolvent učebního oboru nebo SŠ vzdělání bez maturity, absolvoval kurz první pomoci a základní kurz o drogách
- „Odborný adiktologický pracovník“ – SŠ vzdělání s maturitou v humanitním oboru, absolvoval kurz první pomoci, krizové intervence a základní kurz o drogách
- „Vyšší odborný adiktologický pracovník“ – absolvent studia adiktologie nebo jiného

humanitně zaměřeného VŠ studia (tito absolventi musí absolvovat shodné kurzy jako předchozí úroveň)

- „Vyšší odborný adiktologický pracovník: specialista“ – VŠ vzdělání v oboru adiktologie či jiném, absolvoval výše zmíněné kurzy a má pro výkon své práce další speciální vzdělání (např. akreditovaný psychoterapeutický výcvik).

Tento návrh byl však odbornou obcí přijat spíše kriticky (Radimecký, 2007), v současné době není využíván, i přesto, že řada jeho cílů byla splněna. Vobořil (2007) se na CŽV dívá také očima managementu, zajištění financí a procesu hodnocení zaměstnanců. V té souvislosti hovoří o procesu zahrnujícím analýzu potřeb pracovníků v oblasti vzdělávání, vytvoření plánu, provedení vzdělávání a následně jeho evaluace – v oblastech dopadů na klienty (zlepšení služeb), na zaměstnance (podpora v přímé práci s klientem) a na organizaci (efektivita vložených prostředků).

Vzhledem k tomu, že v roce 2008 byla profese adiktologa zařazena do seznamu nelékařských profesí ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., vztahoval se na ni kreditní systém stanovený prováděcí vyhláškou č. 423/2004. V roce 2017 byl kreditní systém zrušen, viz výše. Radimecký (2007) popisoval proces před touto skutečností, vymezoval kreditní systém a ohodnocení konkrétních forem vzdělání kredity.

Pro systém CŽV je klíčová síť poskytovatelů vzdělávání (Radimecký, 2007). Systém CŽV by neměl být statický, naopak je žádoucí, aby dokázal reagovat na potřeby praxe.

V ČR jsou pracovníci v adiktologických službách povinni se pravidelně odborně vzdělávat i po dokončení základního univerzitního vzdělání. Do této kategorie odborného růstu patří také externí supervize, jak ji definují Standardy (Libra et al., 2015). „Vzdělávání nejen zvyšuje odbornou úroveň pracovníků, ale předchází se jím i rozvoji syndromu vyhoření“ (Kalina, 2007b, p. 16). V USA byl pro práci v TK požadován kvalifikační kurz (dle Therapeutic Community Curriculum, 2006), certifikát v drogovém poradenství (addiction counseling certificate) a kontinuální klinická supervize. Supervizní kultura je v ČR na vyšší, oproti zahraničí daleko více využíváme externí supervizi (prováděnou odborníkem pracujícím mimo organizaci). Standardy navíc stanovují supervizi jako podmínku pro jejich naplnění a případné získání finančních zdrojů ze státních rezerv (Kalina, 2007b).

Jednou z větví je získávání zvláštní odborné způsobilosti prostřednictvím tzv. certifikovaných kurzů. Do budoucna také zůstává nevyřešená otázka specializace v psychoterapii, která je pro obor adiktologie klíčová.

#### **4.4 Internacionalizace vzdělávání v adiktologii**

V roce 2018 máme v ČR v adiktologii ucelený vysokoškolský vzdělávací systém (Miovský et al., 2016), včetně postgraduální části v podobě doktorského programu. Miovský si v roce 2016 kladl otázku, kolik takových oborů a studijních programů jako je česká adiktologie, ve světě existuje? Kde jsou? Na jakých tradicích a principech stojí? Do určité doby se objevovaly pouze zprávy jednotlivých kolegů ze zahraničí, případně naši odborníci jezdili studovat a čerpat zkušenosti do jiných zemí. Dokud jsme nevěděli více, soustředili jsme se spíše na rozvoj tuzemské adiktologie, máme však také zkušenost s implementací našeho modelu studia do zahraničí, konkrétně do podmínek Gruzie (ve spolupráci s nevládní organizací Centrum výzkumu závislostí Alternative Georgia a IB Euro-Caucasian University). V první fázi byla provedena analýza vzdělávacích potřeb v oblasti adiktologie se zaměřením na identifikaci mezer ve stávajícím vzdělávacím systému a v systému služeb v Gruzii. Gruzie se potýkala s absencí konceptu a koordinace protidrogové politiky, s nedostatečnou či chybějící legislativou i s nedostatkem vyškoleného odborného personálu (Kirtadze et al., 2011). V gruzínských drogových službách tvoří personál obvykle sociální pracovníci a zdravotní sestry, psychologové, lékaři, narkolog může být přizván dle potřeby. Narkologové jsou jedinou odborností, která projde oficiálním vzděláním v oblasti drogové problematiky, a pracuje následně v odborných adiktologických službách. Vzdělávání je dostupné na lékařských školách, je však zaměřeno výhradně na biologickou podstatu závislosti a její farmakologické zvládnutí (Kirtadze et al., 2011). Významně zastoupenou profesí ve službách je sociální

pracovník, těch je v zemi nedostatek a nebývají dobře vzděláni v adiktologických tématech. Mohou absolvovat výcvikový kurz v rozsahu jednoho roku (dle Kirtadze et al., 2011 je to jediný dostupný kurz v zemi) při státní univerzitě Ivane Javakhishviliho v Tbilisi. Respondenti výzkumu, zástupci adiktologických služeb, pojmenovali potřebu funkce „lékařského asistenta“, který by byl schopen poskytovat pacientům poradenství a doporučení další léčby. Příprava psychologů pro adiktologii zahrnuje docházku na přednášky narkologie, práci na pozici asistenta zkušeného psychologa a teprve poté mohou začít pracovat samostatně. Kirtadze et al. (2011) shrnují, že je potřeba připravit a zavést kurzy adiktologie do formálního vzdělávání narkologů, psychologů, sociálních pracovníků či lékařů všech specializací, a také vzdělávat stávající personál adiktologických služeb. V době publikace článku Javakhishviliho, Sturua, Otiashviliho, Kirtadzeho & Zábranského (2011) „nebyla v Gruzii žádná vysoká škola poskytující vzdělání v oblasti drog pro budoucí učitele, žurnalisty, psychology, sociální pracovníky ani další profesionály, kteří by měli hrát v primární i sekundární protidrogové prevenci hlavní úlohu“ (p. 47). Na konci celého procesu pak stojí otevřený adaptovaný pražský model magisterského studia adiktologie (Kirtadze, Otiashvili, 2011).

Podle Miovského (2016) přišel zlom v roce 2012, kdy jsme cíleně začali pátrat po podobných, již existujících oborech adiktologie v zahraničí. Ruku v ruce s kolegy z Mezinárodní asociace editorů adiktologických časopisů (ISAJE), kteří se zaměřovali na zmapování dostupných oborových časopisů, byla pozornost otočena k fenoménu oborově specifického vysokoškolského studia v oblasti závislostí. Objevili jsme programy, které fungují již desítky let a zjistili, že některé mají podobnou historii a vývoj, jakým prošla česká adiktologie (např. Adams et al., 2017). Libra (2014) se zmiňoval o v té době zhruba 20 známých formách studijních oborů „adiktologie“ ve světě. V současné době víme o minimálně 34 univerzitních studijních programech v Evropě, o více než 400 programech v Severní Americe a dalších 58 ve zbytku světa (viz Pavlovská et al., 2017; in press). V rámci doktorského studia autorky práce jsme se cíleně zaměřili právě na podrobné mapování vysokoškolského vzdělávání v adiktologii ve světě. Dílčími cíli bylo zjistit, jak se liší pokrytí mezi kontinenty, státy a regiony a zejména jaké jsou charakteristiky identifikovaných programů, a porovnat výsledky jednotlivých kontinentů mezi sebou a s dříve publikovanými daty. Sběr dat probíhal prostřednictvím internetového šetření v letech 2015-2016 ve formě analýzy prostřednictvím vyhledávače Google, kdy byla využita předem definovaná sada klíčových slov, a to „addiction studies“, „drug/alcohol studies“, „master in addiction“, „addiction counseling“ a „substance use“, k nim byly doplňovány názvy jednotlivých kontinentů. Za využití klíčových slov byly nalezeny již vypracované přehledy studijních programů v Evropě a USA (Society for the Study of Addiction – seznam programů ve Velké Británii; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Addiction Technology Transfer Center Network a the National Institute on Drug Abuse (NIDA) – seznam programů ve Spojených státech amerických), tyto byly dále zpracovávány jako by byly výsledkem Google analýzy. Druhá fáze zahrnovala obsahovou analýzu studijních programů identifikovaných ve fázi první. Byla realizována za využití informací z oficiálních webových stránek univerzit a programů a odborných publikací týkajících se univerzitního vzdělávání v adiktologii. Analýza byla prováděna na základě formulovaných výzkumných otázek, a vyhodnocena za využití deskriptivní a obsahové analýzy. Celý metodologický postup popisují publikované články Pavlovská et al. (2017) a Pavlovská et al. (in press).

Pro uvedení českého programu do mezinárodního kontextu, shrneme níže hlavní výsledky mapování dle regionů, ve formě přehledu počtu univerzit a nabízených programů adiktologie, společně s dalšími zajímavými informacemi.

## **Evropa**

Celkový počet studijních programů adiktologie byl 34, které byly nabízeny na 25 univerzitách v osmi evropských státech včetně ČR. Jednoznačně nejvyšší počet vzdělávacích programů v oboru adiktologie a současně nejvíce propracovaný systém funguje ve Velké Británii, za nimi stojí Španělsko se dvěma univerzitami a ČR, Německo, Dánsko, Finsko a Holandsko, které mají jednu univerzitu nabízející studium adiktologie (de Jong, Luycks & Delicat, 2011), Itálie je zapojena s dalšími dvěma univerzitami v joint degree programu.

	<b>Titul</b>	<b>Počet</b>
Bakalářský	Bachelor of Science (BSc.), Bakalář (Bc.), Bachelor of Arts (BA)	6
Magisterský	Master of Science (MSc./MS)	14
Magisterský	Master of Arts (MA)	3
Před Mgr.	Postgraduate Diploma (PgDip)	3
Před Mgr.	Postgraduate Certificate (PgCert)	3
Doktorský	Doctor of Philosophy (Ph.D.)	5
Před Bc.	Graduate Diploma (GradDip)	1
Před Bc., 1.r.	Certificate of Higher Education (CertHE)	2
Před Bc.	Foundation Degree	2
	<b>Amount</b>	<b>39</b>

Tabulka č. 3: Počet programů v Evropě rozdělených dle udělovaných titulů (některé programy byly současně nabízeny na více úrovních), v levém sloupci vysvětlení úrovně studia

Studijní programy jsou nabízeny na různě orientovaných univerzitách, fakultách a pracovištích ve smyslu jejich hlavního zaměření a specializace. Z analýzy webových stránek můžeme říci, že dle klíčových slov v názvu instituce (s možným opakováním) bylo identifikováno 5 medicínsky orientovaných programů, 5 v oboru sociální práce, 4 zaměřené na psychologii, 2 na business (1 má současně specializaci na právo) a 2 programy zaměřené na výzkumnou práci. Zbývajících osm univerzit nemá specifickou identifikaci.

Sedmnáct programů neuvádí na svých webových stránkách veřejně žádné informace o tom, zda jsou klinické praxe součástí studijních programů. Stejný počet programů na všech úrovních vzdělání má praxi jako součást studijního plánu. 13 programů zahrnuje přesně definované podmínky pro praxe. Čtyři programy uvedly počet hodin, které studenti stráví v klinické praxi, rozmezí se pohybovalo od 100 do 400 hodin. Dva programy nabízely také výzkumně zaměřenou stáž. Jeden program uvádí, že samotná výuka probíhá jako praktický nácvik a další má praxi v délce 6měsíční klinické práce. Dalších pět programů studenty podporuje, aby si našli zaměstnání či se zapojili do dobrovolnické činnosti v oboru adiktologie nebo by tak měli učinit již před zahájením studia (jakožto podmínka k přijetí).

Tabulka č. 4 uvádí přehled vyučovaných předmětů, souhrnně pro všechny identifikované programy, dle frekvence výskytu. Je patrná převaha výuky v metodologii výzkumu a základech adiktologie, tj. teoriích závislosti, metodách a intervencích, ale také celková multidisciplinarita (Pavlovská et al., 2017).

<b>Klíčové slovo</b>	<b>Frekvence</b>
Výzkumné metody, statistika, metodologie, evaluace, evidence-based praxe, analýza dat	25
Úvod do problematiky návykových látek a závislosti, základní teorie, modely závislosti	18
Metody a dovednosti intervencí, motivační rozhovory	17
Léčba, koncept úzdravy	10
Trestněprávní systém, právo, drogy a zákon	10
Duševní zdraví, duální diagnózy	10
Sociální věda, práce, politika, sociologie	9
Klinická stáž, praxe	8

Národní, mezinárodní protidrogová politika	8
Harm reduction	7
Psychologie	7
Teorie a dovednosti poradenství	7
Management služeb a organizací, vedení lidí	7
Psychofarmakologie	7
Psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalýza	7
Prevence	6
Ochrana dětí, rodinná terapie	6
Veřejné zdraví	5
Neuropsychologie, neurovědy	5

Tabulka č. 4: Přehled vyučovaných předmětů na univerzitách v Evropě dle frekvence výskytu

### Severní Amerika

Identifikovali jsme 335 univerzit v Severní Americe, konkrétně ve Spojených státech amerických a Kanadě, které nabízejí studijní programy v oboru adiktologie. Tyto jsou lokalizovány ve 48 z 50 států USA a Puerto Rico (teritorium USA), a ve dvou z deseti kanadských provincií. Celkem bylo identifikováno 394 různých programů. Největší počet programů byl identifikován ve státě Kalifornie (N= 48; 12 %), New York (N=35; 9 %), Minnesota (N=22; 5,6 %), Washington a Texas (oba N=20; 5 %). Dva státy (Georgia a Mississippi) nenabízely žádný program v adiktologii.

Titul	Počet programů
Bachelor (BA, BSc)	49
Master (MA, MSc)	57
Ph.D.	6
Associate degrees (před Bc.)	161
Certificates	185

Tabulka č. 5: Počty nabízených programů dle studijní úrovně a titulu

V USA byla identifikována jedna univerzita nabízející komplexní vzdělání v oboru adiktologie, a to International University for Graduate Studies ve státě New York. Šest programů bylo nabízeno výhradně jako online studium. Celkově můžeme v tomto regionu vidět obrovské spektrum vzdělávacích možností, nejvýraznější je to v nabídce certifikátů pro výkon profese (Pavlovská et al., in press).

### Nový Zéland a Austrálie

Na Novém Zélandu bylo identifikováno 9 univerzit, které dohromady nabízí 21 programů v oboru adiktologie. Osm programů neuvedlo informaci, na jaké fakultě či oddělení fungují, ze zbývajících bylo 8 medicínsky orientovaných (veřejné/populační zdraví, psychologická medicína) a 5 zahrnovalo obě komponenty, zdravotní i sociální. Identifikovali jsme 2 bakalářské studijní programy, 2 magisterské programy (jeden s titulem master of health sciences = MHSc, jeden s titulem master of health practice = MHPrac) a žádný doktorský program. Většina studijních programů byla nabízena v podobě certifikátů (9) a diplomů (8).

V Austrálii jsme identifikovali 12 univerzit nabízejících celkem 22 studijních programů v oboru adiktologie. Jeden z programů však není nadále provozován, informace o něm byly velmi limitované, a jeden je pouze součástí výuky medicíny. Zajímavý model je možné vidět na Monash University, kde si studenti adiktologie volí mezi dvěma cestami specializace, a to klinickou prací a výzkumným zaměřením.

Opět se ukazuje podobné složení studijních programů v podobě předmětů, jako jsme viděli u Evropy, zde pro názornost ještě pro Austrálii. Oba regiony odráží zastoupení předmětů platné v mírných obměnách pro všechny světové programy.

Klíčové slovo v názvu předmětu
Výzkumné metody, statistika
Klinické zhodnocení
Léčebné intervence
Veřejné zdraví
Teorie závislosti
Klinická praxe
Etické otázky
Biologie závislosti
Supervize
Návykové látky, Psychologie, Epidemiologie
Duševní zdraví, farmakoterapie, Prevence relapsu

Tabulka č. 6: Přehled vyučovaných předmětů na australských univerzitách, seřazeno dle frekvence výskytu

### Asie

V Asii jsme identifikovali 4 univerzity se čtyřmi studijními programy v oboru adiktologie. Jedna univerzita v každém z následujících států: Gruzie, Thajsko, Irán a Malajsie. Víme také o dalších dvou univerzitách, které nabízejí program vzniklý za podpory iniciativy Colombo Plan.

### Afrika

V Africe jsme našli 6 univerzit, dvě v Keni a čtyři v Jižní Africe. Tyto univerzity nabízely celkem 8 různých programů v oboru adiktologie. Z hlediska fakult, kde fungují, jsou tři postaveny na medicínském platformě (většinou zdravotní vědy, specificky psychiatrie), dva se zaměřují na psychologii a sociální vědy, a poslední je obdobou vyšší odborné školy (vocational school). Identifikovali jsme 2 magisterské programy honorované titulem Master of Arts (jeden z nich je specializací v jiném oboru), dva s titulem Master of Philosophy (MPhil), dva postgraduate diplomy a jeden certifikát.

### Latinská Amerika

V regionu Latinské Ameriky byla dle definovaných klíčových slov nalezena pouze jedna univerzita, International University for Graduate Studies, v Commonwealth of Dominica, která nabízí tři programy v adiktologii. Nemáme informace o fakultě či oddělení, kde jsou programy nabízeny, všechny však mají stejný název „addiction studies“ a jsou dostupné na všech třech úrovních terciárního vzdělání, tj. na bakalářské, magisterské a doktorské úrovni (tituly PhD a PsyD = Doctor of Psychology). Tato univerzita tak nabízí ucelené terciární vzdělávání v oboru adiktologie. Všechny tři programy jsou dostupné pouze v kombinované formě a studium každého stupně trvá 1,5 roku.

S tím, jak se my více otevíráme a zajímáme o obory mimo ČR, zvyšuje se také zájem zahraničních kolegů o znalost historie a současnosti naší adiktologie. To potvrzují smlouvy programu Erasmus se zahraničními univerzitami, i společné projekty (příkladem je spolupráce s University of South Florida). Patrná je také aktivita dalších organizací, např. I.E.S. provozované Sdružením Podané ruce, které stálo u zrodu současné adiktologie, také zpracovává granty a řeší mezinárodní projekty, takto například probíhala podpora rozvoje adiktologických služeb v Afgánistánu (projekt Breaking The Circle). Institut spolupracuje s řadou zahraničních organizací, mezi které patří nejen adiktologické služby, ale také univerzity (Vobořil, 2007).

V letech 2014 a 2015 pokračovalo navazování kontaktů i s asijskými univerzitami, konkrétně Sahmyook University v Soulu a Namseoul University v Jižní Koreji. V Asii funguje za podpory americké vlády iniciativa rozvoje podobných vzdělávacích programů Colombo Plan, která umožnila otevření programů ve 47 zemích. Výsledkem takto široké spolupráce bylo

vytvoření společných kurikulů Universal Prevention Curriculum a Universal Treatment Curriculum, s cílem harmonizovat vzdělávání v adiktologii (Miovský, 2016). Český tým měl příležitost se k vytvořeným učebním materiálům vyjádřit a také je získal pro účely využití v přípravě magisterského studia pro mezinárodní studenty. Toto všechno v konečném důsledku podporuje identitu profese adiktologů, a možnost výměny zkušeností, uznávání diplomů atd.

Celý proces byl završen vznikem mezinárodní asociace/konsorcia univerzit vzdělávajících v adiktologii (International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction; ICUDDR). Karlova Univerzita se stala koordinační univerzitou pro Evropu a propojuje se tak s dalšími koordinačními centry v USA a zapojenými univerzitami s cílem podpořit společnou stabilní platformu pro vzdělávání, ale také pro vědu a výzkum (Miovský, 2016). Kromě síťování mezi samotnými univerzitami je snahou překročit rámec vzdělávání a propojovat univerzity s dalšími institucemi a organizacemi, jako jsou např. International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) (Miovský, 2017). V červnu 2017 hostila Karlova Univerzita druhou konferenci ICUDDR, třetí konference se konala v červnu 2018 na půdě University of California: San Diego. Cílem konferencí je především sdílení a výměna zkušeností s univerzitním vzděláváním profesionálů v závislostech (Miovský, 2017), zástupci Kliniky adiktologie se aktivně zúčastnili všech tří dosavadních ročníků konference.

Jako aktuální se nyní zobrazuje především diskuze o profilu vzdělávacích programů v adiktologii, výstupech z učení, ale také uznávání kvalifikací (jako platforma by mohl sloužit nově vzniklý Mezinárodní systém uznávání kvalifikací (ICCE v rámci Colombo Plan) a uplatnění absolventů. Jako platforma pro spolupráci a setkávání profesionálů v adiktologii byl založen ISSUP (Mezinárodní asociace profesionálů v adiktologii), který hraje klíčovou roli ve spolupráci s univerzitami a jejich absolventy – profesionály v adiktologii. Miovský (2017) vidí velký význam v rozvoji regionálních koordinačních center, zejména z důvodu rozdílných potřeb, drogové situace v jednotlivých zemích, které vyžadují rozdílné pojetí vzdělávání adiktologů na univerzitách.

Proces internacionalizace české adiktologie tak byl nepochybně nastartován. Zvyšuje se zájem o náš program, kolegové mají zájem nejen o informace, ale také o možnost mezinárodního studia, které je v současné době ve fázi přípravy, kdy součástí je implementace mezinárodních kurikulů UPC a UTC do českého studijního programu. Navázaná spolupráce s ISAJE (např. konference konaná k příležitosti 10. výročí asociace v Praze), ICUDDR, ISSUP a dalšími pokračuje a přetváří se do podoby konkrétních společných projektů. Nepochybně by bylo zajímavé provázat i aktivity těchto hráčů mezi sebou. Miovský (2010) pojmenoval jednu z příležitostí, a to spolupráci mezi ISAJE a univerzitami. Univerzity mají studenty připravovat pro budoucí publikování výsledků jejich práce, v doktorských programech je to dokonce klíčový pilíř celého studia. Souvisejícím tématem je také popularizace vědy, jde o zájem, který sdílí obě strany.

Pro pražský model vzdělávání v adiktologii je klíčové zůstat v kontaktu se zahraničním vývojem, spolupracovat s dalšími univerzitami a vyměňovat si vzájemně dosavadní zkušenosti. Nicméně pro zachování výlučnosti tohoto programu je na místě udržení zdravé míry tuzemských reálií a vývoje, a zejména zachování všech pilířů protidrogové politiky v obsahu studia.

#### **4.5 Pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie**

Pracovní uplatnitelnost či zaměstnatelnost je dle výzkumníků komplexní schopností související s kariérou, a jedná se o skupinu kompetencí zahrnujících schopnosti, dovednosti, postoje, osobnost a psychologickou odolnost (Su & Zhang, 2006/2015).

Do portfolia absolventa adiktologie patří zvládnutí základních zdravotnických úkonů, krizová intervence, preventivně-výchovná práce, case management. Podstatou kvalifikace je propojení case managementu a poradenských dovedností. Mezioborovost adiktologie znamená široké pokrytí znalostí a dovedností z příbuzných disciplín, avšak současně omezuje



záběr a hloubku poznatků v nich. Cílem je dokázat nahlížet na klienta a jeho potřeby komplexně, se zohledněním všech možných aspektů, a komunikovat s dalšími odborníky. „Adiktolog by tak měl integrovat a působit jako mediátor mezi různými profesemi podílejícími se na prevenci a léčbě závislosti“ (Miovský, 2007, p. 38). Studium vybavuje absolventy pro práci ve všech typech adiktologických služeb, jak je definují Standardy (Libra et al., 2015; Miovský, 2007).

„V praktických oblastech, kde se adiktologie uplatňuje, bude adiktolog představovat dobře vybavenou pracovní sílu, schopnou zastat všechny typy práce s výjimkou výkonů specialistů (psychiatr, psycholog) a všeobecných sester“ (Miovský, 2007, p. 38). Adiktologové by se měli postupně stát v oboru dominantní pracovní silou. Miovský (2007) se věnuje i možným překryvům s existujícími profesemi. Většina z nich však nejsou jádrové výkony daných profesí, a pravděpodobně představují spíše zátěž a méně efektivní využití jejich specializace. Adiktolog by tak měl ulevit specialistům od úkonů, které nevyžadují tak vysokou profesní erudici. Jedná se o obory psychiatrie (např. sběr anamnézy klienta), psychologie (edukace, tvorba terapeutického plánu, poradenství), všeobecná sestra (orientační testy, předlékařské základní ošetření, práce s rodinou atd.) (Miovský, 2007). Profese adiktologa nepředstavuje duplicitu jakékoliv jiné odbornosti, naopak by měla vyplnit bílá místa práce s cílovou skupinou, která není hlavní pro ostatní profesionály, respektive pracovat s těmito odborníky v tandemu (Miovský et al., 2015).

Absolventi škol obecně tvoří jednu z rizikových skupin ekonomicky aktivních obyvatel, která se hůře uplatňuje na trhu práce. Jejich nezaměstnanost je výrazně ovlivněna celkovou ekonomickou situací v zemi, celkovou nezaměstnaností, stavem nabídky volných pracovních míst a stavem mezi poptávkou a nabídkou po pracovních silách. Pro absolventy bývá typický nedostatek praxe, chybějící pracovní návyky a minimum zkušeností (Skácelová & Vojtěch, 2009). Na druhou stranu mohou konkurovat odbornými znalostmi, znalostí cizích jazyků a dalšími (NÚV, 2018). S rozvojem vysokoškolského vzdělávání je tak nezbytné se intenzivně zabývat tím, zda mají absolventi specializovaných adiktologických programů prostor pro uplatnění na trhu práce, jak se jim daří najít zaměstnání, v jakých typech služeb, za jakých podmínek apod., tj. téma pracovní uplatnitelnosti by pro univerzity mělo být klíčovou otázkou a informace od absolventů cennou zpětnou vazbou (Messum, Wilkes, Jackson, & Peters, 2016). V jiných oborech jsou výzkumy úspěšnosti absolventů v uplatnění na trhu práce běžnou praxí (Nekuda & Sirovátka, 2014; Polesná, 2016; Pukýšová, 2012; Schneiderová, 2014; Šeďa & Šeďová, 2012). Výzkumy věnované problematice pracovního uplatnění profese adiktologa však dosud nejsou obvyklé, což potvrzují např. autoři z Číny či Austrálie (Messum et al., 2016; Su & Zhang, 2015). Nicméně existují prvotní pokusy o evaluaci studia či získávání informací od absolventů, na Novém Zélandu např. telefonicky kontaktovali absolventy programů, když zjišťovali úroveň vzdělání pracovníků v adiktologických službách (Adams et al., 2017). Na platformě 1. LF byly doposud realizovány dva výzkumy, které se okrajově zabývaly tématem pracovní uplatnitelnosti adiktologů (Kačírková, 2015; Sklenářová Francová & Janouškovec, 2010), oba však byly primárně zaměřeny na evaluaci studia. Komplexní evaluace uplatnitelnosti absolventů adiktologie tak nebyla ani v ČR doposud realizována, proto bylo klíčovým cílem této práce realizovat studii zaměřenou na toto téma, a to zrcadlově jak ze strany všech dosavadních absolventů, tak jejich potenciálních zaměstnavatelů, a získat tak ucelený pohled na proces integrace nové profese do existujícího systému adiktologické péče. Zároveň, jak potvrzuje Miovský (2007, p. 40), „dialog se zástupci zaměstnavatelů i samotných pracovníků o tom, jak se bude dále vyvíjet studium i obor adiktologie, je zásadní, protože tento vývoj by měl sledovat potřeby rozvíjejícího se systému adiktologických služeb a studium by mělo odrážet požadavky praxe“. Průběžná evaluace pracovní uplatnitelnosti absolventů studijního programu adiktologie garantuje možnost reflexe vzdělávacích potřeb a úprav podoby vzdělávání tak, aby adiktologové a další odborníci byli adekvátně vybaveni pro práci v níže uvedeném systému služeb, a tedy pro práci s cílovými skupinami, pro které byla adiktologie vytvořena.

### **III. PRAKTICKÁ ČÁST**

#### **5. VÝZKUM PRACOVNÍ UPLATNITELNOSTI PROFESE ADIKTOLOGA V ČR**

Výzkum pracovní uplatnitelnosti absolventů adiktologie naplňuje kritéria a metody evaluační studie, která v sobě integruje různé fáze evaluací, jak je definuje WHO (2000). Evaluaci můžeme definovat jako prostředek k získání zpětné vazby (WHO, 2000), jíž dosáhneme systematickým shromažďováním, analyzováním a interpretováním informací o daném tématu a jeho možných dopadech (EMCDDA, 1998). Evaluace má tedy zásadní význam pro určení, zda (v tomto případě) studijní program a související kroky fungují, jak mají, a pro rozhodování o tom, jaké změny mají případně být učiněny.

Jednotlivé typy evaluací se mohou překrývat, zvolený typ závisí na konkrétních otázkách, které si ve výzkumu klademe (WHO, 2000). Využili jsme tedy kombinaci metod evaluace výsledku s cílem zjistit, jak se daří integrovat absolventy adiktologie do praxe oboru a jak jsou pro výkon profese připraveni, evaluace v podobě analýzy potřeb, když jsme se dotazovali zaměstnavatelů, co by potřebovali od univerzity a jaké zaměstnance pro své organizace preferují, i evaluace spokojenosti samotných absolventů s podobou vzdělání, které získali.

##### **5.1 Cíl studie a výzkumné otázky**

Cílem výzkumu bylo zjistit míru a charakteristiky pracovní uplatnitelnosti profese adiktologa na trhu práce v České republice, a to komplexně ze strany samotných absolventů studijních programů adiktologie i jejich potenciálních zaměstnavatelů v oboru adiktologie.

Výzkumné otázky:

- Jaký podíl absolventů studijních programů adiktologie pracuje v oboru adiktologie?
- V jakých typech služeb jsou absolventi zaměstnáni?
- Měli absolventi primárně zájem o zaměstnání v oboru adiktologie?
- Za jakých podmínek absolventi ve službách pracují?
- Na jakých pracovních pozicích?
- Z jakých důvodů případně absolventi v oboru nepracují?
- Jak absolventi hodnotí kvalitu dosaženého vzdělání?
- Kolik organizací nabízejících adiktologické služby zaměstnává osoby s kvalifikací adiktologa? Za jakých podmínek?
- Jaké zkušenosti mají zaměstnavatelé s profesí adiktologa?
- Jak zaměstnavatelé hodnotí odbornou přípravu absolventů adiktologie?
- Co by zaměstnavatelé potřebovali od univerzity?
- Jaká je v oboru adiktologie poptávka po profesi adiktologa?

##### **5.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor je rozdělen do dvou skupin, každá bude popsána zvlášť dle využitých metod výběru.

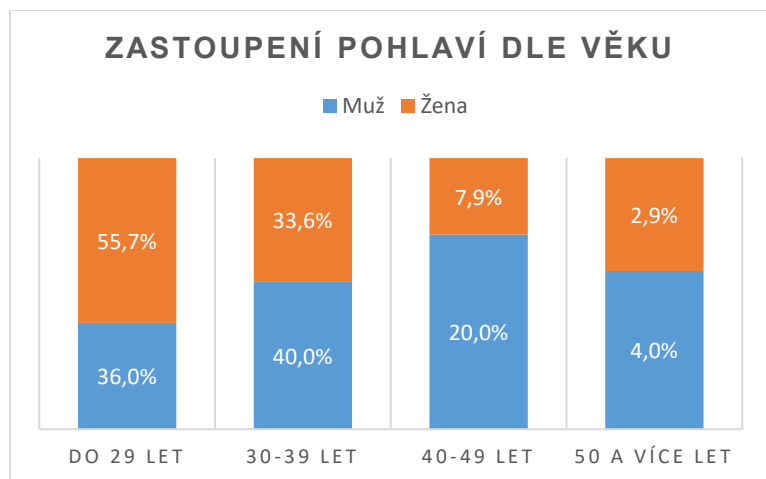
#### **A. ABSOLVENTI STUDIJNÍCH PROGRAMŮ ADIKTOLOGIE**

##### **Výběr souboru**

Základní soubor tvořilo 279 osob – absolventů pregraduálních studijních programů oboru adiktologie za celou dobu jejich existence, tj. z let 2005-2016. Výběr probíhal metodou totálního výběru, osloven byl celý základní soubor respondentů. 19 z nich se nepodařilo kontaktovat prostřednictvím jejich e-mailových adres uvedených ve Studijním informačním systému fakulty (SIS). Vyplnění dotazníku následně probíhalo metodou samovýběru, celkem dotazník odeslalo 169 osob. Po vyřazení nerelevantních odpovědí (respondent nebyl absolventem studia adiktologie) byl počet navrátilivších se dotazníků 165 (59,1 %).

### Popis souboru

Výsledný výzkumný soubor byl tvořen 165 respondenty, z toho bylo 25 mužů (z celkových 37) a 140 žen (z celkových 242 absolventek). Návratnost dotazníků tak byla vyšší u mužů (67,6 %) než u žen (57,9 %). Více než 50 % respondentů bylo ve věku do 29 let, 34 % mezi 30 a 39 lety, 10 % pak nad 40 let. Na grafu č. 1 je znázorněno rozložení žen a mužů v jednotlivých věkových kategoriích.



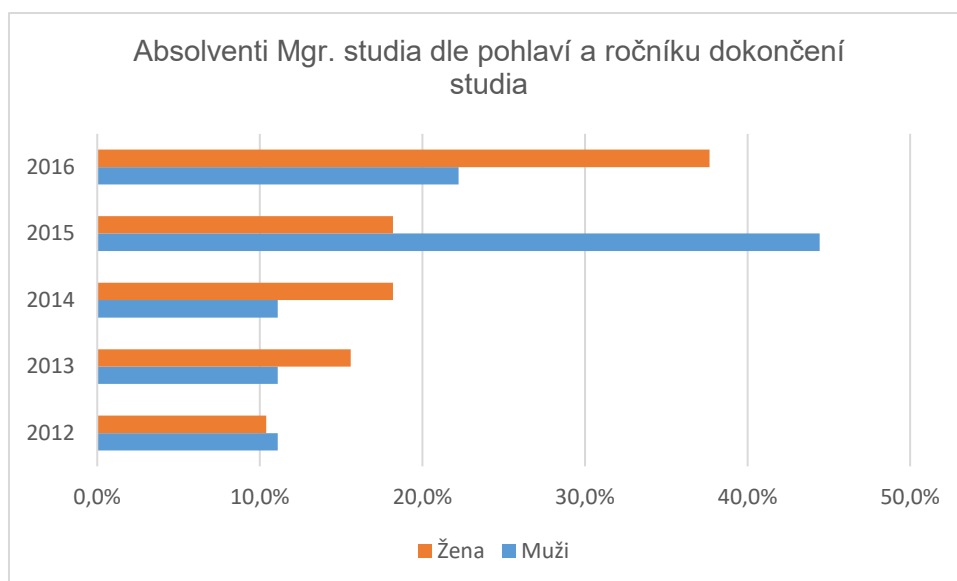
Graf č. 1: Rozložení souboru dle pohlaví a věkových kategorií

Polovina respondentů, kteří vyplnili dotazník, žije v kraji Praha (52 % mužů; 50 % žen), 24 osob v kraji Středočeském (8 % mužů; 16 % žen), v každém z ostatních krajů nalezneme do 10 osob. V Karlovarském a Ústeckém kraji je vyšší zastoupení mužů než žen (8 % ku 0,7 %; resp. 12 % ku 2,1 %).

Celkový počet absolventů pouze bakalářského stupně studia ve vzorku byl 79 osob (z celkových 181), celkem 16 absolventů prošlo pouze navazujícím magisterským studiem (z 24). Oba programy absolvovalo celkem 74 osob, odpovědělo 70 respondentů. Dvě třetiny studovaly v prezenční formě studia, třetina v kombinované. V prezenční formě studovaly dvakrát častěji ženy než muži, v kombinované formě je poměr opačný (výsledky jsou statisticky významné na 95% hladině významnosti). Platí, že v prezenční formě studují významně častěji respondenti do 29 let věku, oproti tomu respondenti nad 40 let studovali výhradně v kombinované formě.

Bakalářské studium se v jednotlivých ročnících dokončení liší dle pohlaví absolventů. Zatímco v roce 2008, kdy absolvovali první studenti, byl poměr mužů a žen mezi absolventy podobný, v roce 2009 už se poměr otočil ve prospěch žen (4,3 % mužů oproti 7,9 % žen). V roce 2010 pak neabsolvoval žádný muž. Změna přišla v roce 2013, kdy naopak bylo mezi absolventy více mužů (26,1 %) než žen (20,6 %). V následujících letech se poměr vyrovnával, až do roku 2016, kdy mírně převažuje procento absolventů mužů. Nejvíce absolventek žen bylo v roce 2013, nejvíce mužů absolvovalo v roce 2016.

V grafu č. 2 můžeme vidět rozložení absolventů dle pohlaví a ročníku dokončení navazujícího magisterského stupně studia. Dá se shrnout, že absolventky ženy ve všech letech převažovaly nad muži, s výjimkou roku 2015, kdy absolventi muži převýšili ženy (44 % ku 18 %).



Graf č. 2: Absolventi navazujícího magisterského studia dle ročníků a pohlaví

## B. ZAMĚSTNAVATELÉ

### Výběr souboru

Pro zmapování velikosti základní populace byl využit portál Mapa pomoci Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (<https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>), kde byly vygenerovány organizace působící v jednotlivých krajích ČR. Cílem bylo obsáhnout komplexitu oboru adiktologie, a tedy vybrat minimálně jednu organizaci za každý kraj, a zahrnout do vzorku organizace různého statusu. Prioritně byly do souboru zařazeny organizace s počtem zaměstnanců nad 50, aby bylo dosaženo reprezentativity v té míře, že soubor zahrne hlavní zaměstnavatele v oboru adiktologie. Osloveno bylo celkem 24 organizací, a to prostřednictvím statutárních zástupců či ředitelů, na e-mailovou výzvu reagovalo 18 z nich, ti tvoří výzkumný soubor.

### Popis souboru

Do souboru bylo zařazeno celkem 18 organizací, rozhovory byly vedeny se zástupci managementu. V některých případech se rozhovoru účastnili dva zástupci organizace, oba na vedoucích pozicích, proto počty nemusí odpovídat počtu zapojených organizací.

V souboru bylo devět nestátních neziskových organizací, z nichž pět má status zapsaný ústav, dvě jsou zapsanými spolky a dvě obecně prospěšnými společnostmi. Zároveň všechny naplňují Standardy odborné způsobilosti služeb a mají platnou certifikaci RVKPP. Šest organizací je státních, z nich pět jsou psychiatrické nemocnice a jedna fakultní nemocnice. V souboru je zahrnuta jedna soukromá organizace (psychiatrická nemocnice) a dvě příspěvkové organizace zřizované krajem.

Mapovali jsme také status poskytovaných služeb, pro zjednodušení pouze registraci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) jako sociální služby, či Ministerstva zdravotnictví (dále MZ) jako zdravotní služby, případně pokud organizace nabízely jak služby sociální, tak zdravotní. Výhradně sociální služby poskytují 3 organizace. Sedm organizací nabízí výhradně služby zdravotní a 8 organizací má registrované jak sociální služby, tak alespoň jednu službu registrovanou jako zdravotní. Obvykle se jednalo o nestátní neziskové organizace, které kromě základních adiktologických služeb registrovaných jako sociální služby, provozují zdravotnické zařízení. Ve všech případech se jednalo o ambulanci, buď psychiatrickou nebo adiktologickou.

### Vzdělání managementu

Výzkum byl cíleně zaměřen na manažery a vedoucí organizací, s vědomím, že mohou být vzdáleni přímému kontaktu s absolventy adiktologie v praxi. Vycházeli jsme z hypotézy, že

vzdělání a kvalifikace manažerů, potenciálních zaměstnavatelů absolventů adiktologie, může mít vliv na to, jak vzdělané zaměstnance budou mít zájem přijímat a případně na to, do jakých pozic budou adiktologové obsazováni. Respondenti mohli uvést více možností, podle kvalifikací, kterých dosáhli.

V managementu převažovali lékaři, celkem v 9 organizacích fungují na nejvyšší pozici. Pět z nich má hotové jak atestace z psychiatrie, tak nástavbovou specializaci v oboru návykových nemocí. Tři mají pouze atestaci z psychiatrie, jeden navíc z dětské psychiatrie. Jeden respondent atestaci nemá. Šest organizací je vedeno kvalifikovaným sociálním pracovníkem, pouze tři jsou však vzděláni čistě v sociální práci. Jeden má současně dokončené vzdělání v psychologii, dva další v adiktologii. Další respondent je adiktolog, dva pak mají také kvalifikaci adiktologa, nicméně získali ji v přechodném období, kdy bylo možné požádat o uznání kvalifikace na základě předchozí praxe (viz. zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařích). Dva respondenti mají vzdělání v oboru pedagogickém. Jeden se specializoval přímo na vedení organizací a ekonomii. Toto je v oboru adiktologie relativně výjimečné, zástupci managementu se na pozice dostávali prostřednictvím postupu přes přímou práci s klientem, k vedoucím pozicím v jednotlivých službách a následně na nejvyšší pozice v řízení organizací. V tomto případě dospěli v organizaci k rozdělení rolí v managementu, kdy pozici odborného ředitele vykonává profesionál s praxí v oboru adiktologie, a pozici výkonného ředitele osoba s manažerským vzděláním. Někteří manažeři si manažerské vzdělání různými způsoby doplňovali, vyskytly se kurzy zaměřené na řízení neziskových organizací, na právo, tyto absolvovali celkem tři respondenti. Tři respondenti vystudovali vysokou školu se zaměřením na management, řízení organizací, či specializací v managementu v rámci jiného oboru (např. sociální práce).

Celkem 11 respondentů také dokončilo psychoterapeutický výcvik, ve smyslu terapeutických směrů nebylo možné vysledovat žádný trend. Objevily se výcviky SUR, systemické, KBT, psychoanalytické, rogeriánský i např. v rodinné terapii.

Průměrná doba v managementu organizace, ať přímo na současnou pozici (vybírání byli primárně zástupci nejvyššího managementu), nebo na pozici vedoucího služby, byla v době sběru rozhovorů (léto 2017) 11,8 let. Nejkratší doba byla jeden rok, nejdelší 24 let. Všechny 18 respondentů pracovalo v dané organizaci již předtím, než se dostali do vedoucí pozice, nevyskytl se případ, kdy by organizaci vedl absolvent studia či někdo, kdo přišel zvnějšku cíleně na vedoucí pozici.

### ***Působnost organizací***

Pro výzkum byly zásadní kraje, kde dané organizace působí, kde jsou nabízeny služby. Bylo možné uvést více krajů. Některé typy služeb, především psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity a doléčovací programy mají celorepublikovou spádovost, tyto byly uvedeny zvlášť, přehled tak u některých krajů uvádí nulový počet, avšak v případě Plzeňského kraje uvedla organizace celorepublikovou působnost (viz tabulka č. 7).

<b>Kraj</b>	<b>Počet organizací, které zde působí</b>
Hlavní město Praha	1
Středočeský	4
Plzeňský	0
Karlovarský	1
Ústecký	3
Pardubický	1
Královéhradecký	2
Jihočeský	2
Zlínský	2
Vysočina	1
Jihomoravský	2
Moravskoslezský	0

Olomoucký	4
Liberecký	1
Celá ČR	9

Tabulka č. 7: Přehled krajů působnosti organizací

### 5.3 Metody tvorby a analýzy dat

Metody zpracování dat byly opět využity odlišně pro jednotlivé skupiny respondentů, budou popsány samostatně.

#### A. ABSOLVENTI

Data byla získána formou dotazníkového evaluačního šetření. Dotazník byl vytvořen cíleně pro tyto účely na základě znalosti studijního programu i systému služeb v oboru adiktologie, byl konzultován se zástupci profesní asociace (viz Příloha č. 1). Je složen z různých typů otázek, uzavřených s možnostmi, otevřených otázek a škál. Obsahuje obecnou část základních údajů o absolventovi (věk, pohlaví, typ absolvovaného studia, ročník ukončení, další kvalifikace, forma studia), poslední otázka této části „Pracujete aktuálně v oboru adiktologie?“ sloužila jako rozřazovací, kdy podle odpovědi byl respondent v dotazníku odkázán buď na druhou část pro pracující v oboru nebo na třetí pro pracující mimo obor adiktologie. Tam již byly obsaženy specifické otázky věnované zařízení, kde jsou absolventi zaměstnání, na jaké pozici pracují, jaké činnosti vykonávají, výši mzdy, hodnocení přínosu studia atd., případně důvodům, proč v oboru nepracují. Součástí dotazníku byly také otázky věnované budoucnosti práce v oboru.

Sběr dat probíhal online prostřednictvím Google dokumentů, kde vznikl přímý odkaz na dotazník, následně jej mohl absolvent vyplnit bez nutnosti přihlášení. Tato forma sběru dat byla zvolena z důvodu nejsnazší formy šíření a současně složitého osobního kontaktu s absolventy (nejsou k dispozici adresy). Dotazník byl rozeslán všem absolventům studijních programů adiktologie na 1. LF UK prostřednictvím jejich e-mailových adres uvedených v SIS, kam mají autoři přístup v rámci svých akademických pracovních úvazků, a po souhlasu Etické komise VFN. Současně byly využity e-mailové adresy, které si jednotlivé ročníky vytvářejí společně, a je tedy jejich prostřednictvím možné kontaktovat všechny studenty. Dotazník byl vyvěšen v období únor–duben 2017, absolventům byly rozeslány tři výzvy k vyplnění. Současně byl odkaz uveden na webových stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz), a na Facebooku Studium adiktologie, kam mají absolventi a studenti volný přístup.

Data byla získána v elektronické podobě, odpovědi na otevřené otázky byly kódovány do kategorií, aby bylo možné jejich kvantitativní zpracování. Zpracování dat proběhlo v tabulkovém procesoru MS Excel a IBM SPSS 22, bylo využito jak popisných, tak matematicko-analytických statistických metod. Pro zjištění statistické významnosti rozdílů v četnostech byl použit test dobré shody (Pearsonův chí-kvadrát), pro posouzení významnosti vzájemného rozdílu v proporcích u kategoriálních proměnných s více než dvěma možnými hodnotami z-test, pro zjištění statistické významnosti rozdílů v průměrech Studentův dvouvýběrový t-test a pro korelaci pořadových proměnných bylo použito Kendallovo tau b (Sirkin, 2006).

#### B. ZAMĚSTNAVATELÉ

Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl složen zrcadlově k otázkám v dotazníku pro absolventy studia, doplněny byly oblasti otázek, které byly relevantní cílům studie a týkaly se zkušeností se zaměstnáváním profese adiktologa (viz Příloha č. 2). Výhodou tohoto nástroje je předem připravená osnova složená z tematických okruhů, která umožňuje měnit jejich pořadí při rozhovoru, dává větší prostor pro vyjádření názorů dotazovaného, prohloubení diskuze a vyjasnění možných nedorozumění (Ferjenčík, 2000).

Bylo realizováno 18 rozhovorů. Rozhovory byly nahrávány za využití audiotechniky, respondenti byli informováni o účelu těchto nahrávek i o jejich znehodnocení po převedení do textové podoby. Audio data byla převedena do textové podoby formou doslovné transkripce. Následné zpracování dat proběhlo metodou kódování s poznámkováním, rozřídění a následné kategorizace. Výsledky jsou prezentovány v deskriptivní podobě a doplněny přesnými výpověďmi respondentů.

#### **5.4 Etické otázky**

Výzkum byl dobrovolný, respondenti z obou skupin měli možnost se rozhodnout, zda se studie zúčastní či nikoliv. Současně měli možnost kdykoliv od studie odstoupit přerušením vyplňování dotazníku, případně ukončením rozhovoru. Respondenti nepodepisovali ani ústně neudělovali informovaný souhlas s účastí, nicméně souhlas byl získán ve formě konkludentní, kdy otevřením příslušného odkazu a vyplněním dotazníku, respektive odesláním potvrzujícího e-mailu k realizaci rozhovoru, souhlasili s účastí ve výzkumu a zpracováním výsledků. Dotazníkové šetření proběhlo anonymně do té míry, že byl zachován údaj o roce ukončení studia. Ve skupině zaměstnavatelů je z důvodu citlivosti získaných informací zachována anonymita v nejvyšším možném měřítku, tj. týkající se názvu organizací, jmen jejich zástupců, konkrétních krajů, kde organizace působí i všech dalších údajů vedoucích k identifikaci. Jednotlivé výpovědi respondentů nejsou v textu ze stejného důvodu nijak označeny, pouze autoři výzkumu mají přístup k odkrytí anonymity respondentů. Všechny uvedené etické otázky a rizika byly transparentní součástí oslovovacích dopisů, jež respondenti obdrželi v e-mailové formě. S účastí na studii nebyly pro respondenty spojeny žádné náklady ani jiné závazky. Dotazník, struktura rozhovoru a design studie byly schváleny Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pod číslem 117/16 Grant GAUK 1. LF UK.

## 6. VÝSLEDKY

Výsledky byly rozděleny z hlediska tematických oblastí, každá kapitola (kde je to relevantní) zahrnuje k danému tématu výsledky studie mezi absolventy i mezi zaměstnavateli, které jsou v textu prezentovány samostatně, ale navazují na sebe pro snazší orientaci a možné srovnání. Kde bylo relevantní, jsou doplněna také data od absolventů studia, kteří v současné době pracují mimo obor adiktologie.

### 6.1 Zaměstnání adiktologů

#### A. ABSOLVENTI

V současné době v oboru adiktologie pracuje 19 mužů a 77 žen, tj. celkem 96 respondentů výzkumu z celkových 165 (58,2 %). V oboru pracuje statisticky významně vyšší podíl absolventů mužů než žen (76 oproti 55 %), jen 6 mužů v oboru nepracuje oproti 63 ženám.

Z respondentů, kteří jsou aktuálně zaměstnaní v oboru adiktologie, pracovalo během studia 77,1 %, oproti tomu z těch, kdo nyní pracují mimo obor adiktologie, bylo během studia zaměstnáno 40,6 % respondentů. Faktor práce během studia statisticky významně souvisí s tím, zda jsou respondenti v oboru zaměstnaní nyní, také s věkem respondentů, formou studia bakalářského i navazujícího magisterského stupně, a s tím, zda absolvent má i další kvalifikaci. Mezi těmi, kdo během studia v oboru nepracovali, bylo statisticky významně více (68,3 %) absolventů do 29 let oproti 27 % mezi respondenty ve věku 30-39 let. V oboru pracovalo 43,1 % absolventů do 29 let, 39,2 % těch, kdo byli ve věku 30-39 let a 12,7 % respondentů ve věku 40-49 let (oproti 4,8 %, kteří nepracovali). V kategorii nad 50 let věku pracovali během studia všichni respondenti (4,9 %). V kategorii do 29 let se významně častěji objevila odpověď, že během studia pracovali formou brigád (75,8 %) oproti respondentům v kategorii 40-49 let, kteří tuto formu zaměstnání volili ve 3 %. Na částečný úvazek bylo zaměstnáno 48,3 % respondentů do 29 let a 51,7 % respondentů v kategorii 30-39 let. Na plný úvazek během studia pracovali pravděpodobněji starší respondenti, viz tabulka č. 8.

Práce na plný úvazek během studia adiktologie	
Do 29 let	12,5 %
30-39 let	45 %
40-49 let	30 %
Nad 50 let	12,5 %

Tabulka č. 8: Podíl respondentů pracujících v průběhu studia na plný úvazek

Výrazný vliv na to, zda respondent pracoval již během studia a v jaké formě pracovního poměru, má forma studia. V tabulce č. 9 je shrnut přehled typů pracovního poměru a formy studia v bakalářském stupni. Studenti kombinované formy významně častěji pracovali během studia na celý úvazek, v případě částečných úvazků a brigád se poměr otáčí ve prospěch prezenčních studentů. V případě navazujícího magisterského studia je výsledek obdobný, i zde je statisticky významný rozdíl mezi absolventy prezenční a kombinované formy studia.

Celý úvazek	Prezenční	13,2 %
	Kombinované	<b>86,8 %</b>
Částečný úvazek	Prezenční	84 %
	Kombinované	16 %
Brigády	Prezenční	<b>86,2 %</b>
	Kombinované	13,8 %

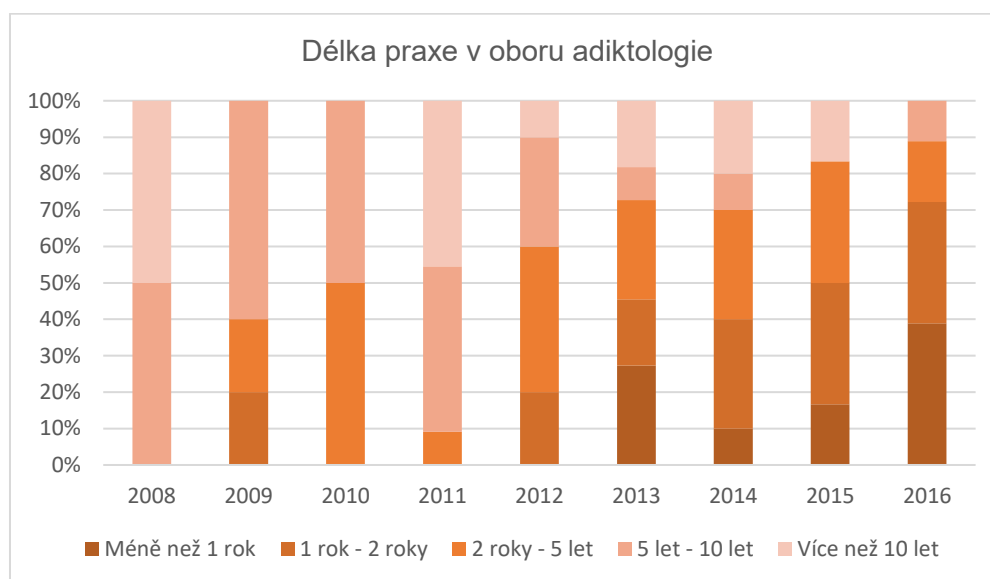
Tabulka č. 9: Typ pracovního poměru a rozsah úvazku dle formy bakalářského studia

Celkem 53 % respondentů, kteří pracují v oboru, je zaměstnáno v kraji Praha. Více než 14 % respondentů pracuje ve Středočeském kraji, 11,5 % v kraji Ústeckém. V ostatních krajích se počet pracujících absolventů adiktologie pohybuje do 10 %, jedná se o 1 až 7 osob.



Sledovali jsme také, jakým způsobem je pracovní síla adiktologů rozložena v krajích v souvislosti s tím, v jakých krajích respondenti žijí. Geografická vzdálenost od Prahy umožňuje respondentům žijícím ve Středočeském kraji dojíždět za prací právě do hlavního města (4 osoby, 36 %). V ostatních případech platí, že absolventi, kteří žijí v jiných krajích než v Praze, velmi pravděpodobně ve stejném kraji i pracují v oboru adiktologie. Z výsledků vyplývá, že za prací dojíždí 20 % respondentů, kteří pracují v oboru. Významně častěji se za prací dojíždí z Pardubického a do Středočeského a Ústeckého kraje.

Z grafu č. 3 je patrné, že rok dokončení bakalářského studia, a následný vstup do praxe oboru adiktologie, se odráží v počtu let praxe. Není zde žádný statisticky významný rozdíl mezi lety, nicméně je zřejmé, že absolventi posledních let mají pravděpodobněji méně roků praxe než ti, kteří studium dokončili před 10 lety.



Graf č. 3: Délka praxe v oboru adiktologie dle ročníků absolvování bakalářského studia

Nejkratší dobu v oboru pracují respondenti do 29 let věku, tvoří 93,8 % těch, kdo v oboru pracují po dobu kratší než 1 rok, případně 1-2 roky, zde můžeme pozorovat začátek pracovní kariéry. Také platí, že respondenti v této věkové kategorii mají praxi v oboru maximálně do 5 let ve srovnání s ostatními kategoriemi. V kategorii 30-39 let je nejvyšší zastoupení osob pracujících v oboru 5-10 let (63,6 %). Téměř výhradně u respondentů nad 40 let věku je kariéra v adiktologických službách delší než 10 let. Také se ukázalo, že mezi těmi, kdo mají kariéru kratší než 1 rok, je 93,3 % absolventů bakalářského studia v prezenční formě, absolventi kombinované formy mají takto krátkou kariéru jen v 6,7 %. U delší kariéry se rozdíly stírají. Zatímco podíl pracujících a nepracujících v oboru je u studentů prezenční formy téměř vyrovnaný, u kombinované formy studia je významně více těch, kteří po ukončení studia v oboru pracují (70 ku 30 %). Absolventi navazujícího magisterského studia mají statisticky významně častěji praxi v oboru delší než 5 let, pouze 8 % absolventů Mgr. studia zahájilo svou profesní dráhu v oboru adiktologie v posledním roce, mají tudíž praxi kratší než 1 rok.

Celkem 114 (69 %) respondentů má kromě adiktologie ještě další kvalifikaci, tj. vystudovali i jiný středo- či vysokoškolský obor, z toho 87,6 % byly ženy a 12,4 % muži. Existuje statisticky významný vztah mezi věkem absolventů a skutečností, zda mají kromě adiktologie ještě další kvalifikaci. Z těch, kdo další kvalifikaci nemá, je 73,2 % absolventů do 29 let věku (37,1 % ji má) oproti 44,9 % s další kvalifikací u absolventů ve věku 30-39 let (21,1 % nemá) a 15,7 % ve věku 40-49 let (2,8 % nemá). Statisticky významný je také vztah mezi další kvalifikací a tím, zda absolventi studovali bakalářské studium adiktologie či nikoliv a formou, v jaké studovali. Mezi všemi absolventy bakalářské adiktologie má další kvalifikaci 53 % osob, mezi absolventy magisterského stupně (po předchozím studiu jiného bakalářského oboru) má další kvalifikaci

93 % respondentů. Platí, že ti, kdo studovali bakalářské studium adiktologie v prezenční formě, významně častěji nemají další kvalifikaci oproti těm, kdo zvolili kombinovanou formu studia. Z těch, kdo nemají další kvalifikaci, nepracovalo během studia 45 % respondentů. Naopak 31,5 % těch respondentů, kteří další kvalifikaci mají, pracovalo již během studia na plný úvazek. Vztah mezi prací již v průběhu studia a další kvalifikací je významný.

## B. ZAMĚSTNAVATELÉ

Z celkových 18 zapojených organizací byla pouze jedna, která nezaměstnávala nikoho s kvalifikací adiktologa. Další dvě zaměstnávají absolventy adiktologie, kteří však současně mají jinou kvalifikaci, a výhradně tuto v organizaci využívají, proto byli přijati. Nicméně tito absolventi byli započítáni do celkového počtu adiktologů v organizacích, viz tabulka č. 10.

Absolvent Bc.	Absolvent Mgr.	Absolvent Bc. i Mgr.	Student adiktologie	Kvalifikační kurz	Uznaná kvalifikace
28	1	11	7	1	36

Tabulka č. 10: Počet osob s kvalifikací adiktologa v organizacích

Výzkum byl primárně zaměřen na absolventy studijních programů adiktologie, nicméně zaměstnavatelé zmiňovali také zaměstnance, kterým byla kvalifikace adiktologa uznána v přechodném období, případně ty, kteří absolvovali kvalifikační kurz. Tito jsou v souhrnu uvedeni zvlášť. Nicméně v 17 organizacích, které mají mezi zaměstnanci adiktology, bylo celkem 40 absolventů studijních programů, specificky 28 absolventů bakalářského programu, 1 absolvent pouze navazujícího magisterského studia a 11 absolventů kompletního vzdělání v adiktologii (bakalářský a navazující magisterský studijní program). V organizacích zaměstnávají také současné studenty, celkem jich bylo zmíněno sedm. Nalezli jsme jednu absolventku kvalifikačního kurzu a sečetli celkem 36 adiktologů se zákonem uznanou kvalifikací, plus byli zmíněni další, bez uvedení přesného počtu (především zdravotní sestry v psychiatrických nemocnicích).

Důvody, proč zaměstnavatelé mají zájem o profesi adiktologa, budou zmíněny níže v podobě popisu jejich kvalit. Na tomto místě budou uvedeny komentáře respondentů, kteří adiktologa nezaměstnávají vůbec anebo ho mají, ale využívají pouze jeho další kvalifikaci. Důvody zahrnují pohled na adiktologické služby spíše v rovině sociální, respektive komplexní, a nevýhodnost vytváření adiktologických ambulancí, kde by profesi adiktologa mohli specificky využít. Dalším důvodem je obava, že by adiktolog musel být ve zdravotnictví zaměstnán na úkor úvazku zdravotní sestry, což se nezdá být žádoucí.

*„Nevím, proč je nemáme, možná je to tím, že nemáme žádnou adiktologickou ambulanci, nejsme toho velkými příznivci, spíš jdeme cestou, když už potřebujeme tu zdravotní část, tak jdeme do té psychiatrie, i když to není jedinej důvod.“*

*„Nikdo se sem nikdy nehlásil. Cíleně adiktologa nehledáme, podle vyhlášky, personálních předpisů máme mít zdravotní sestry. Adiktolog by tu musel být na úkor sester nebo psychologů, to si nemůžeme dovolit.“*

U všech tří respondentů, kterých se tento bod týká, se navíc shodně objevuje neznalost kompetencí adiktologa, nejistota, jak by ho mohli v organizaci uplatnit.

*„Já nevím, kdo adiktolog je, co může a nemůže, jak bych ho mohl využít, kdybych na něj ty prostředky měl, protože adiktologa bychom vzali, ale byl by navíc a to je problém.“*

*„Já vlastně nevím, co adiktolog umí, nesmí a má. To je důvod teoretický, důvodem praktickým je, že na klinice máme určitý počet úvazků, který se rozdělí patřičně v platových třídách, a říci si o nového pracovníka mohu, ale tím to asi bude končit.“*

## Typy zařízení, kde absolventi pracují

### A. ABSOLVENTI

Rozložení pracujících absolventů v jednotlivých adiktologických službách ukazuje, že nejčastěji pracují v nízkoprahových službách – v kontaktních centrech a terénních programech (42 osob, 44 %), zde navíc platí, že statisticky významně častěji v tomto typu služeb pracují muži oproti ženám. Následují zařízení ambulantní léčby (29 osob, 30 %). Dvacet respondentů je zaměstnáno v lůžkových zařízeních specializovaných na ústavní léčbu závislosti, z toho tři přímo na detoxifikační jednotce. Dvanáct osob pracuje v oblasti primární prevence. Čtyři respondenti pracují v terapeutické komunitě (2 muži a 2 ženy), dva v intenzivní ambulantní léčbě ve formě denního stacionáře, sedm respondentů se zaměřuje na substituční léčbu závislosti na opioidech, tři pracují ve vězeňství, dva další v doléčovacích programech. Respondenti dále pracují v oblastech výzkumu (6,5 %), protidrogové politiky (4,7 %), státní správy (2,8 %). Mezi pohlavími nejsou další významné rozdíly v typu zařízení, kde respondenti pracují. V nízkoprahových službách spíše pracují respondenti do 29 let věku, další rozdíly nejsou patrné.

Existuje statisticky významný vztah mezi některými kraji, kde absolventi pracují a typy zařízení. Konkrétně platí, že ti, kdo pracují v Ústeckém kraji, budou pravděpodobněji pracovat v ambulantní službě (24 % oproti 6 % z daného kraje, kteří v tomto typu služby nepracují). V Olomouckém a Zlínském kraji pracují absolventi pravděpodobněji v terapeutické komunitě. Ti, kdo pracují v Praze, s velkou pravděpodobností nepracují v ústavní léčbě ani v terapeutické komunitě. Respondenti pracující v terénním programu pravděpodobněji budou zaměstnaní ve Středočeském kraji. V Praze také najdeme více absolventů zaměstnaných ve výzkumu, v substituční léčbě, primární prevenci a protidrogové politice (počty osob jsou však nízké).

Ti, kdo mají praxi v oboru 2-5 let, budou spíše pracovat v terénních programech, případně ve výzkumu. Naopak ti respondenti, jejichž praxe je kratší než dva roky, nebudou pravděpodobněji pracovat v ambulantní léčbě. Respondenti do 29 let věku nebudou pravděpodobněji pracovat v ústavní léčbě závislosti.

Status služeb, kde absolventi pracují:

Status	Počet	%
Zdravotní	38	39,6%
Sociální	32	33,3%
NNO	37	38,5%
Státní	24	25,0%
Soukromé	6	6,3%

Tabulka č. 11: Počet služeb, ve kterých adiktologové pracují, dle statusu

Statisticky významně častěji jsou terénní programy a kontaktní centra sociálními službami a nejsou zdravotnickými službami, platí, že jsou ve většině nestátní. Ambulantní léčba je statisticky významně často nestátní a zdravotnickou službou. Pro ústavní péči platí, že je z většiny zdravotnickou službou (jen 5,9 % bylo zároveň službou sociální) a žádná nebyla nestátní, naopak tvořily 58,8 % všech státních zařízení.

Muži pracují oproti ženám statisticky významně častěji v sociálních službách (52,6 % ku 28,6 % žen), častěji jsou zaměstnaní v nestátních organizacích, ale také v soukromých organizacích. Ve zdravotnických službách jsou zaměstnaní mnohem více respondenti ve věku 30-39 let (téměř 60 % ano ku 40 % ne) než mladší respondenti do 29 let, kteří zde v 77,6 % nepracují. Podíl absolventů bakalářského studia dle ročníků, kdy studium dokončili, kteří pracují ve zdravotnických službách, se nemění.

Cílová skupina:

Nestátní neziskové organizace se statisticky významně častěji věnují práci s uživateli nelegálních NL (59,3 %), pouze 29,8 % NNO poskytuje péči všem klientům bez rozdílu. Zdravotní služby naopak v 50,9 % poskytují služby všem cílovým skupinám bez konkrétní specifikace.

Terénní programy a kontaktní centra (33; resp. 41 %) poskytují péči významně častěji uživatelům nelegálních NL, oproti ambulantní léčbě, kde se této cílové skupině specificky věnuje pouze 7,4 %. Pohlaví respondentů nemá vliv na typ cílové skupiny, s níž pracují. Významný vliv však má věk, a to konkrétně v případě cílové skupiny uživatelů alkoholu, s níž nejčastěji pracují respondenti ve věku 30-39 let (62,5 %) a uživatelů nelegálních drog, které se nejvíce věnují respondenti do 29 let věku. Tato věková skupina má nejúžeji vymezenou cílovou skupinu, nejméně často pracuje se všemi cílovými skupinami bez rozdílu, oproti starším respondentům.

## B. ZAMĚSTNAVATELÉ

Absolventi adiktologie se objevují napříč celým kontinuem adiktologických služeb, jak je definují Standardy odborné způsobilosti. Přehled počtu absolventů v jednotlivých typech služeb je zobrazen v tabulce č. 12.

Typ služby	Počet adiktologů
Ambulantní služby	20
Nízkoprahové služby (KC, TP)	13
Střednědobá ústavní léčba	7
Terapeutické komunity	6
Primární prevence	4
Následná péče, doléčování	3
Detoxifikace	2
Vedoucí služby	2
Vězeňství	1

Tabulka č. 12: Počet absolventů adiktologie v jednotlivých typech služeb

## C. POROVNÁNÍ ABSOLVENTŮ A ZAMĚSTNAVATELŮ

Typ služby	Počet adiktologů v organizacích	Pořadí	Absolventi	Pořadí
Ambulantní služby	20	1.	31	2.
Nízkoprahové služby (KC, TP)	13	2.	42	1.
Střednědobá ústavní léčba, detox	9	3.	23	3.
Terapeutické komunity	6	4.	4	6.
Primární prevence	4	5.	12	4.
Následná péče, doléčování	3	6.	2	8.
Vězeňství	1	7.	3	7.
Substituční léčba	0	8.	7	5.

Tabulka č. 13: Porovnání počtů adiktologů v jednotlivých typech služeb dle absolventů a zaměstnavatelů

### Pracovní pozice absolventů adiktologie

#### A. ABSOLVENTI

##### Pracovní pozice označená „adiktolog“

Celkem 50 respondentů (52 %) má svou pracovní pozici označenou „adiktolog“ (63 % mužů, 49 % žen). Z těch, kdo pracovali v oboru již při studiu, má 74 % pozici označenou

adiktolog. Jde spíše o absolventy, kteří v daném zařízení pracují kratší dobu. Existuje statisticky významný vztah mezi pozicí adiktologa a vykazováním adiktologických výkonů zdravotní pojišťovně (na 100% hladině významnosti). Z těch, kdo mají pozici adiktolog, vykazuje výkony 28 % a 28 % zatím nevykazuje, ale usiluje o to. Oproti tomu ti, kteří pracují na jinak definovaných pracovních pozicích, vykazují výkony pojišťovně v 11 % případů a usilují o to jen 4 % respondentů z této kategorie.

Z absolventů působících na pozici adiktolog pracuje pouze 16 % v kontaktních centrech (s jinak označenými pozicemi jde o 35 % respondentů), nicméně 46 % pracuje v ambulanci (ostatní pouze ve 13 % případů) a 20 % v primární prevenci (ostatní 4,3 %). 56 % z těchto respondentů pracuje ve službě, která se definuje jako zdravotnická (oproti 22 % u ostatních pozic). Jen 14 % respondentů s touto pozicí pracuje specificky s cílovou skupinou uživatelů nelegálních NL (oproti 43,5 %), avšak 80 % pracuje s cílovými skupinami bez rozdílu (oproti 37 % u jiných pracovních pozic).

### **Pracovní pozice jiné než adiktolog**

Z celého výzkumného souboru pracuje na jiných pracovních pozicích 46 osob, někteří figurují na více pozicích současně. Z nich nejvíce, celkem 13 osob pracuje na pozici „zdravotní sestra“, všichni tito respondenti mají i další zdravotnickou kvalifikaci, konkrétně v oboru všeobecná zdravotní sestra. Shodně 31 % jich pracuje v kontaktních centrech a v ústavní léčbě závislosti. Celkem 38,5 % z nich pracuje ve zdravotních službách, oproti 15 % ve službách se sociálním statutem.

Osm respondentů má pozici označenou specificky jako „terénní či kontaktní pracovník“, šest osob působí na vedoucí pozici dané služby či organizace. Shodně pět osob pracuje na pozici „terapeut“ a „sociální pracovník“. Z těch, kdo mají pozici označenou sociální pracovník, je 60 % zaměstnáno v kontaktních centrech, totéž platí o pozici s názvem „kontaktní/terénní pracovník“ (61,5 %). Pro pozici „terapeut“ platí, že 66,7 % respondentů je zaměstnáno v ústavní lůžkové péči.

Po dvou respondentech měly pozice „protidrogový koordinátor“ a „referent“, vždy jeden respondent uvedl „psycholog“, „výzkumník“, „projektový zaměstnanec“, „lektor“, „probační úředník“ a „odborný asistent“. Ze všech respondentů, jejichž pracovní pozice je vymezena jinak než „adiktolog“, nemá další kvalifikaci 14 osob (3 muži, 11 žen), celkem 28 má jednu další kvalifikaci mimo odbornosti adiktologa, a 2 ženy mají více dalších kvalifikací. Z těch, kteří mají další vzdělání, má celkem 13 osob kvalifikaci zdravotní sestry (viz výše), sedm osob naplňuje odbornost sociálního pracovníka. Jedna žena splňuje kvalifikaci nutričního terapeuta, jeden muž a jedna žena jsou zároveň farmaceutickým či zdravotnickým asistentem a jedna žena pak speciální pedagožkou. Po jedné odpovědi se objevily kvalifikace psychologa, zubního technika, sociologa, antropologa a lesníka.

## **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Adiktologové se objevují na pozicích, které se vztahují k jejich další kvalifikaci (lékař, zdravotní sestra), nebo na jiných pozicích, jako jsou režimový terapeut, terénní pracovník. Hlavní kategorie, kde se adiktologové objevují, je adiktolog, tato odpověď se vyskytla v 10 případech, z toho třikrát byla specificky zmíněna v souvislosti s fungující adiktologickou ambulancí, kde daný absolvent pracuje. Dále pozice sociální pracovník, na té funguje šest absolventů, tři mají pozici další odborný pracovník v sociálních službách a dva fungují na pozici pracovníka v sociálních službách, všichni dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dva absolventi mají také pozici vedoucího služby.

Důvody pro obsazování adiktologů do jiných pozic jsou různé. V případě adiktologů-zdravotních sester se ukázaly limity personální (číselník VZP k personálnímu zajištění) a skutečnost, že katalog prací zařazuje adiktologa do kategorie s horšími podmínkami než má zdravotní sestra.

*„Má ve smlouvě taky zdravotní sestru, protože je pro ni výhodnější být zařazena jako sestra, z finančního hlediska. Pozice adiktolog je zařazena hůř než střední zdravotnický pracovník*

*v katalogu prací ministerstva. Taky pak spadají pod vrchní sestru a ne pod primáře. Takže pokud mají kvalifikaci sestry, dáváme je raději jako sestru. To je špatně, to by nemělo být. A já jsem si myslela, že adiktolog by mohl zastoupit třeba na 0,2 toho psychologa, ale ne, on je na úrovni sestry. Adiktologové můžou zastoupit sestry.“*

Pozice další odborný pracovník v sociálních službách je využívána jako alternativa, jak adiktologa zaměstnat jako zdravotnického pracovníka v sociální službě a zachovat si možnost získat dotace MPSV na jeho mzdu. „Je ta známá cesta, že chudák adiktolog studoval 3 nebo 5 let, by měl nastoupit a jít na kurz pro pracovníky v sociálních službách, což pokládám za dost ponižující, takže jsme se snažili o to, že je tam jako další odborný pracovník.“ I v tomto případě se objevují rozdíly ve výkladu, kdo může figurovat jako další odborný pracovník, dle zákona o sociálních službách. Někteří zaměstnavatelé mají obavu, že to v současné době není právně zakotvené, a tedy akceptovatelné.

*„Myslíme si, že adiktolog splňuje podmínky toho zákona, dalšího odborného pracovníka, protože vykonává svou odbornost v té sociální službě. Má spoustu dovedností, přímo to studoval ten obor, tak kdo jiný by měl být dalším odborným pracovníkem. Tam je potřeba obejít toho zdravotnického pracovníka, on to zdravotnický pracovník je, problém je ale v tom, že ty systémy ho nechtějí financovat. Pak je třeba říct, on tam nedělá zdravotního pracovníka, on tam uplatňuje svou odbornost, to je důvod, proč takto byli vždycky vedení psychologové. Jde o to, aby adiktolog byl brán taky tak. Tím se možnosti jejich přijímání zvýší.“*

*„Na kraji je máme registrovaný takhle, abychom si nenaběhli, že děláme něco nezákonného. A kvůli dotacím z MPSV, když tam dáme další odborný pracovník, tak nám daj.“*

Jde o jakýsi ústupek systému, který je v ČR nastavený. „Máme pět sociálních služeb, všichni víme, že jsou to adiktologické služby, ale podle zákona jsou sociální, máme tam hlavně sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, některé odborné profese, které nesplňují, mohou být zaregistrovaný jako pracovníci v sociálních službách. Od začátku jsme ho (adiktologa) registrovali jako jiného odborného pracovníka v sociální službě, jako zdravotníka, tím pádem mu běžela praxe jako adiktolog zdravotník a šel zapasovat do sociální služby.“

V některých krajích se podařilo prosadit, že absolventi adiktologie po doložení dokladů o státní závěrečné zkoušce (která obsahuje otázky z oboru sociální práce, sociální politika, právo), získali přiznanou také kvalifikaci sociální pracovník. Pokud ji mají, pak organizace využívají spíše tuto, opět z důvodu snazšího financování v sociálních službách z prostředků MPSV.

*„... větší vliv má to, jak jsou ty služby ukotvený a my všechny ty káčka, terény máme jako sociální služby a vlastně všichni dělaj všechno, takže není tam speciální pozice adiktolog, a naopak, abychom mohli na ty lidi uplatňovat dotace z MPSV, tak využíváme toho, že oni je uznaj vzděláním jako sociální pracovníky. To je ale kraj od kraje, náš kraj k tomu takhle přistupuje.“*

Pozice adiktolog je nejčastěji spojena s pracovním zařazením přímo v adiktologické ambulanci, která je registrovaná jako zdravotní služba. „Jsou to právě ty v ambulanci v tom zdravotnickém zařízení, protože ty dělaj adiktologa i na pojišťovnu, ale ty ostatní, co jsou v sociálních službách, ty jsou ten jinej odbornej pracovník.“

Nicméně objevují se i limity na straně samotných absolventů: „Já vím, že adiktologové absolventi se nebrání jít na jinou pozici, z mého pohledu je to trochu škoda, že by adiktolog neměl být na pozici adiktolog, protože jako nový obor, je to trochu dehonestující.“

V některých organizacích to vyřešili tak, že pozici nazvali obojetně, tj. adiktolog – sociální pracovník, jindy jsou využívány dvě kvalifikace pracovníků zástupně, podle toho, co zrovna daná služba potřebuje: „Musím říct, jak kdy, jak se nám to... jak oba mají to dvojí vzdělání, tak někdy o tom, jak to bude, hodně rozhodují projekty, a taky složení kvalifikací v týmu celkově.“

Souhrnně je možné říci, že „největší vliv na to, jestli je člověk na pozici adiktologa nebo není, nebo jestli je ta pozice vůbec vytvořená, má zdroje, ty to determinují. Jestli nás někdo klasifikuje jako sociální službu, třeba káčko, tak pak tam není místo pro adiktologa, protože ty zdroje strašně diktují tu oficiální podobu a ty pozice, který tam pak vytváříš.“

„Adiktolog v sociálních službách je velmi složitá věc na financování, tam jsme v ambivalenci – chtěli bychom adiktology, ale velmi obtížně se zařazují do pavouka organizační struktury, a bude to asi čím dál horší. Sociální služba vlastně může zaměstnávat zdravotníky, ale měla by k tomu mít uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou a oprávnění k výkonu zdravotnických prací ve zdravotnickém zařízení. Adiktolog, jak máme informaci, je výjimka, kdy je v katalogu zařazen jako zdravotnický pracovník a zároveň ho MPSV vnímá jako výjimku, kdy doposud dost dobře nejde na tuto pozici uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou. To znamená, že my jako organizace, která nemáme zdravotnické pověření, můžeme zaměstnat adiktologa jako zdravotnického pracovníka s tím, že získáváme dotace, protože je výjimka, že neuzavírají smlouvy zdravotní pojišťovny. V okamžiku, kdy se s adiktologem, jako pozicí, začne uzavírat smlouva s pojišťovnou, a bude se vykazovat přes výkony, tak ho nemůžeme zaměstnat, protože nemáme smlouvu s pojišťovnou a nemůžeme ji mít, protože nemáme zdravotnické pověření. A vzhledem k charakteru našich služeb bychom ty smlouvy uzavírali jen pro potřeby adiktologa, to si neumím představit, že by to s námi nějaká pojišťovna uzavřela. Takže tohle mezidobí je pro nás příznivé, protože máme výjimku, a tím můžeme adiktologa jako zdravotnického pracovníka zaměstnat. Přes 50% adiktologických služeb je pod sociální oblastí, tak to nebude jednoduchá situace, pokud tu výjimku zruší. My se pokoušíme o rozhraní, kdy jsou služby poskytované na rozhraní mezi sociálními a zdravotními, a že by ty pozice se měly hradit z obou stran, možná rovnocenně, ale zatím se o tom jen hovoří.“

„Je tu nejasnost, protože v zákoně o zdravotních službách zdravotnický pracovník smí vykonávat to povolání jen ve zdravotnickém zařízení nebo v sociálních službách podle zákona o sociálních službách. To bychom ocenili, kdyby se změnilo, kdyby se zdravotnické služby mohly poskytovat v sociálních službách bez registrace jako zdravotnické zařízení. Úplně ideální by bylo, kdyby se to provázalo a zákon o sociálních službách by stanovil, že sociální práci může vykonávat i adiktolog, ale to oni tam nikdy nedají, protože je to zdravotnická profese. To je otázka, zda jiný odborný pracovníci nebudou vyškrtnutý z novely. Protože lidi kolem MPSV, hlavně kolem sociálních pracovníků, se snaží kolem své profese dělat něco víc, než to je, ale nevíme, jak to dopadne. Pro nás by bylo cenný, aby legálně bylo možný vykonávat zdravotní profesi adiktologa v sociálních službách, aby to zákon o sociálních službách akceptoval, a aby to bylo provázaný zákonama, že to lze. Ted' je to nejasný, jsou na to různé výklady.“

#### **Délka doby zaměstnání v uvedeném zařízení a způsob hledání zaměstnání/zaměstnanců**

##### **A. ABSOLVENTI**

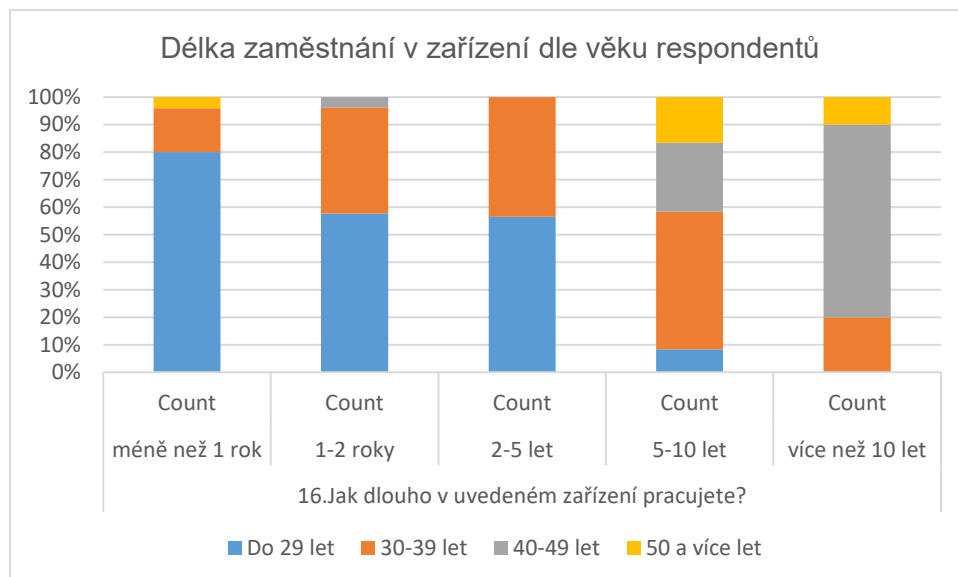
<b>Délka práce v zařízení</b>	<b>Podíl</b>	<b>Počet osob</b>
Do 1 roku	26 %	25
1-2 roky	27,1 %	26
2-5 roku	24 %	23
5-10 let	12,5 %	12
Více než 10 let	10,4 %	10

Tabulka č. 14: Délka doby zaměstnání v zařízení (v době sběru dat)

Tabulka č. 14 zobrazuje rozdělení respondentů dle délky jejich zaměstnání v daném zařízení. Věk respondentů se odráží na letech celkové praxe v oboru i na délce doby, po kterou jsou v daném zařízení zaměstnaní. Z těch, kdo mají praxi v oboru do 1 roku, je 80 % respondentů ve věku do 29 let, oproti kategorii nad 40 let, kde s takto krátkou praxí není nikdo.

Naopak podíváme-li se na délku praxe v oboru 5-10 let, naplňuje ji pouze 8 % respondentů do 29 let, oproti 95 % osob v kategorii nad 40 let.

Graf č. 4 ukazuje ve sloupcích skládané údaje o rozložení délky zaměstnání v zařízení, kde pracovali v době sběru dat, dle věku respondentů. Můžeme vidět progres v délce zaměstnání dle rostoucího věku. Platí také, že 64 % z těch, kdo mají praxi do 1 roku, pracují po tuto dobu v daném zařízení, a jedná se tedy pravděpodobně o první zaměstnání. Také 92 % těch, kdo pracují v oboru 5-10 let, pracují celou dobu v uvedeném zařízení.



Graf č. 4: Počet let zaměstnání v daném zařízení dle věku respondentů

### Výše pracovního úvazku

Respondenti nejčastěji pracují v oboru na celý pracovní úvazek (67 %). Malá část je zaměstnána na poloviční úvazek, statisticky významně více mužů však pracuje na vyšší než jeden úvazek (2 muži z 19; 10 %, oproti 1 ženě ze 77; 1 %). Zatímco ve věkové kategorii do 29 let pracuje na plný úvazek v adiktologických službách 51 % respondentů, ve věku 30-39 let je to 81 %. Na dohodu o provedení práce pracují častěji ženy (87,5 %) než muži (12,5 %), častěji respondenti do 29 let věku a častěji absolventi bakalářského studia adiktologie z roku 2016 (50 %).

Výše úvazků absolventů odpovídá zjištěním mezi zaměstnavateli. Údaj není uveden na počet absolventů, ale podle počtu odpovědí manažerů služeb. Pokud uvedli, že všichni absolventi pracují na plný úvazek, pak tento údaj byl započítán jako jedna odpověď. Takto byla absolutní převaha zaměstnaných adiktologů na plný úvazek v rámci pracovní smlouvy, celkem 12 odpovědí. Shodně dvě osoby měly úvazek 0,6-0,9, úvazek 0,5, úvazek mezi 0,2 a 0,4, i nižší, případně dohodu o pracovní činnosti.

### Způsoby získání práce

Celkem 42 % respondentů pracujících v oboru získalo své zaměstnání na základě odpovědi na uveřejněný inzerát, nejvíce takových bylo ve věkové kategorii do 29 let. Čtrnáct procent ho získalo díky doporučení (nejčastěji respondenti nad 40 let), 13 % zaslalo životopis i bez vypsaného inzerátu a stejný podíl získal práci díky nabídce ve stávajícím zaměstnání, 11 % pak dostalo pracovní nabídku na základě absolvované odborné praxe v rámci studia. Žádný respondent nezískal pracovní místo prostřednictvím úřadu práce. Ti, kdo již v oboru pracovali během studia na plný úvazek, nehledali práci obvykle přes inzeráty, taktéž ti, kdo v oboru pracují po dobu delší než 10 let (jen 6,5 % tuto formu využilo) oproti absolventům s délkou praxe 1-2 roky (nalezi práci na inzerát ve 30,4 %). Ve způsobu získání zaměstnání nejsou rozdíly mezi pohlavími.



## **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

### **Fáze zaměstnání adiktologů**

Absolventi studijních programů adiktologie nastupovali do zaměstnání v adiktologických službách v různých fázích svého pracovního a vzdělávacího procesu. Byl mezi nimi téměř shodný počet, devět absolventů ve službách již pracovalo předtím, než se rozhodli studovat adiktologii, a osm těch, kteří nejprve dokončili studium (bez rozdílu, zda bakalářské či navazující magisterské) a poté hledali zaměstnání v oboru. Tři adiktologové nastoupili do zaměstnání již v průběhu studia adiktologie.

Pro dokončení studia adiktologie u těch, kteří již v oboru pracovali z titulu své další kvalifikace, byly významné faktory na straně zaměstnanců samotných: „*nejprve u nás začínaly jako sestry a pak když se objevila možnost studia, tak jsme jim to navrhli. Byly to ty schopnější sestry, měly zájem, tak to úspěšně dodělaly*“, ale i na straně zaměstnavatele, který je ochoten podpořit, motivovat a případně hradit některé výdaje spojené se studiem.

V té souvislosti jsme se dotazovali, jak dlouho v organizaci absolventy adiktologie zaměstnávají, respektive před kolika lety přijali prvního adiktologa. Výsledky jsou ovlivněny zjištěními výše, někteří jsou v oboru již dlouho, nejdelší doba byla 27 let, kdy jde o případ, že absolvent má předchozí jinou kvalifikaci, díky té se dostal do oboru a následně si doplnil specializované vzdělání. Naopak nejkratší dobu v zaměstnání měl absolvent pracující 1 rok. Průměrná doba působení adiktologů s dokončeným vysokoškolským vzděláním adiktologie v oboru byla 9 let.

### **Hledání adiktologů**

Vzhledem k tomu, že velká část absolventů adiktologie, kteří ve službách pracují, tam pracovala již předtím než se rozhodla ke studiu, je výrazně patrné, že organizace v té době nehledaly zaměstnance na pozici adiktolog. Proto nejčastější odpověď byla, že pracovníci již pracovali, avšak uplatňovali svou jinou kvalifikaci. Bez kvantifikace se objevily následující odpovědi ke způsobům, jakými hledají a vybírají zaměstnance-adiktology:

- Osobní kontakty zaměstnavatelů
- Absolvent hledal zaměstnání v místě bydliště
- Hledali kontaktního pracovníka/zdravotní sestru/sociálního pracovníka/lékaře a adiktolog měl i tuto kvalifikaci
- Rozesílání inzerátů, včetně zasílání na vysoké školy
- Sami adiktologové oslovili organizaci

Jsou i organizace, kde nedělají výběrová řízení vůbec. „*My jsme v pozici, že nikoho nevyhlížíme, ostatní vyhlíží nás. Pozvu si je na rozhovor a když se mi někdo líbí, tak ho přijmu.*“

Mezi dalšími způsoby, jak najít adiktology, je i odborná praxe, kterou v rámci studia povinně plní: „*...byla u nás na praxi a měli jsme s ní dobrou zkušenost, a pak jsme hledali nového kolegu, adiktologa, tak cíleně jsme ji oslovili, ale jinak děláme normálně inzeráty, výběrová řízení.*“ „*Tak jako není výjimkou, že člověk, pokud tu projde praxí a zdá se nám dobře, tak máme chuť s ním spolupracovat, pokud se osvědčí, a někteří zůstávají. Asi se dá říct, že ta praxe je pro nás příležitostí si toho člověka okouknout.*“ Jinde to dělají i cíleně, nicméně nepřilíší úspěšně: „*Začali jsme stahovat lidi, aby přijeli na praxe, byl zájem mezi praktikanty, ale že by se tam chtěli usadit, to ne. Takže pokud si organizace nevytvoří vlastní lidi s kvalifikací, z místa, tak nebude mít smysl hledat adiktologa.*“

Již se objevují situace, kdy zaměstnavatelé cíleně hledají adiktology, i přesto, že je zařazují na jiné pracovní pozice, rádi využívají odbornost profese adiktologa. „*My jsme hledali sociálního pracovníka nebo adiktologa, nám to je doted jedno. I když teď preferuju adiktologa vzhledem k té přípravě. Adiktolog se musí doučit něco ze sociální práce, ale čím dál víc se mi zdá, že sociální pracovník se toho musí učit víc. Takže rozhodně preferuju adiktology.*“

## Motivace zaměstnat adiktology

Ukazuje se, že primární motivací zaměstnavatelů je najít kvalitní pracovníky, nikoliv cíleně jednu profesi, ať se jedná o adiktologa nebo např. o sociálního pracovníka. Případně mají stanovené požadavky na danou pracovní pozici, a konkrétní obor vzdělání není specifikován („My když hledáme nového pracovníka, nehledáme adiktologa nebo sociálního pracovníka, my hledáme pracovníka do KC, uvádíme možné kvalifikace, ale nespecifikujeme přímo.“). Pakliže by se sešli uchazeči o zaměstnání s různým vzděláním, ale stejně kvalitními osobnostními předpoklady, zdá se, že vzdělání v adiktologii může být výhodou. Objevují se i výhradně pozitivní hodnocení a zájem zaměstnat adiktology. Mezi důvody patří kvalita a rozsah vzdělání, dobré zkušenosti s absolventy, které už organizace zaměstnaly či možnost uplatit adiktology v nově se rozvíjejících adiktologických ambulancích.

*„Vybereme adiktologa jen pokud bude dobrej, my vybereme vždy toho nejlepšího, pokud se bude hodit pro tu práci, i kdyby neměl to vzdělání. Pokud osobnostně jsou všichni dobrý, tak vzdělání je dobrý, je to výhoda, ale ne předpoklad pro to, abychom ho zaměstnali.“*

*„Ta dobrá zkušenost, protože adiktologové, který zaměstnáváme, jsou dobrý kolegové a dobrý terapeuti a vzdělaný lidi, a další motiv je, že jdeme v organizaci za tím, co je v koncepci sítě, takže chceme postupně vytvářet síť ambulantních zařízení a budeme tam potřebovat adiktology a chceme expandovat v oblasti ambulantní péče.“*

*„Je to to, jak se adiktologie ustanovila, vymezila, povedlo se vstoupit do systému zdravotnickýho, mít smlouvy s pojišťovnami, tam je to nezbytný, jak jsem povídal, teď se snažíme na ty absolventky myslet, že se nám za 5 let mohou hodit na jinou pozici a že jinak tam nevstoupí, ale pokud by tam nebyla tahle cesta těch víc služeb a systém se neměnil, tak je v káčku nemáme důvod upřednostňovat.“*

## Plat adiktologů

### A. ABSOLVENTI

Na průměrnou výši hrubého měsíčního platu/mzdy jsme se dívali z různých hledisek. Dá se říci, že vyšší plat mají muži, respondenti na pozici adiktolog, starší respondenti s delší praxí v oboru i dobou zaměstnání v uvedeném zařízení. Nejvyšší plat měli respondenti v Plzeňském a Pardubickém kraji, a ti, kdo pracovali v oblasti protidrogové politiky a terapeutické komunitě. Nejnižší plat byl v krajích Jihočeském a Karlovarském, a v oblasti primární prevence a nízkoprahových služeb. Vyšší plat byl ve službách se statutem zdravotnické služby a státních. Vyšší platy byly také u pracovních míst získaných na doporučení. Tabulky č. 15-22 ukazují výši platu z hlediska různých charakteristik respondentů.

Pozice adiktolog	20 700,- Kč
Jiná pracovní pozice	18 261,- Kč

Tabulka č. 15: Plat dle pracovní pozice

Muži	21 711,- Kč
Ženy	18 994,- Kč

Tabulka č. 16: Plat dle pohlaví

Do 29 let věku	15 553,- Kč
30-39 let	22 344,- Kč
40-49 let	27 500,- Kč

Tabulka č. 17: Plat dle věku respondentů

Délka praxe v oboru a plat spolu korelují středně ( $r_b=0,380$ ,  $p<0,001$ ), což je jasná a silná vazba. V tabulce č. 18 lze vidět průměr odhadů hrubého měsíčního platu adiktologa dle délky

praxe. Částky jsou uvedeny v průměru, nevypovídají tedy o platu na konkrétní pracovní pozici (např. vedoucí zařízení).

Délka praxe do 1 roku	13 750,- Kč
1-2 roky	16 711,- Kč
2-5 let	19 792,- Kč
5-10 let	21 591,- Kč
Délka praxe nad 10 let	25 833,- Kč

Tabulka č. 18: Plat dle délky praxe v oboru adiktologie

Plzeňský, Olomoucký a Pardubický kraj	27 500,- Kč
Moravskoslezský kraj	22 500,- Kč
Středočeský kraj	20 357,- Kč
Zlínský a Jihomoravský kraj	20 000,- Kč
Vysočina	19 464,- Kč
Ústecký kraj	18 409,- Kč
Praha	18 088,- Kč
Jihočeský a Karlovarský kraj	17 500,- Kč

Tabulka č. 19: Plat dle kraje, ve kterém respondenti pracují

Protidrogová politika	24 167,- Kč
Terapeutická komunita	23 750,- Kč
Ústavní léčba	21 029,- Kč
Detoxifikace	20 833,- Kč
Ambulantní léčba	20 603,- Kč
Kontaktní centrum	17 917,- Kč
Primární prevence	15 417,- Kč

Tabulka č. 20: Plat dle typu služby/zařízení, kde respondenti pracují

Zdravotní	21 974,- Kč
Sociální	18 906,- Kč
NNO	17 098,- Kč
Státní	22 283,- Kč

Tabulka č. 21: Plat z hlediska statusu služeb a organizací, kde respondenti pracují

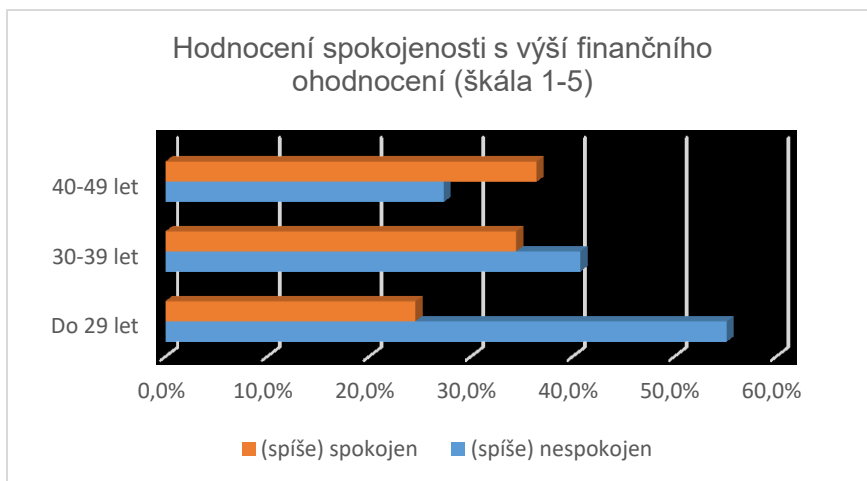
Na inzerát	18 478,- Kč
Na doporučení	23 167,- Kč

Tabulka č. 22: Plat z hlediska způsobu hledání zaměstnání

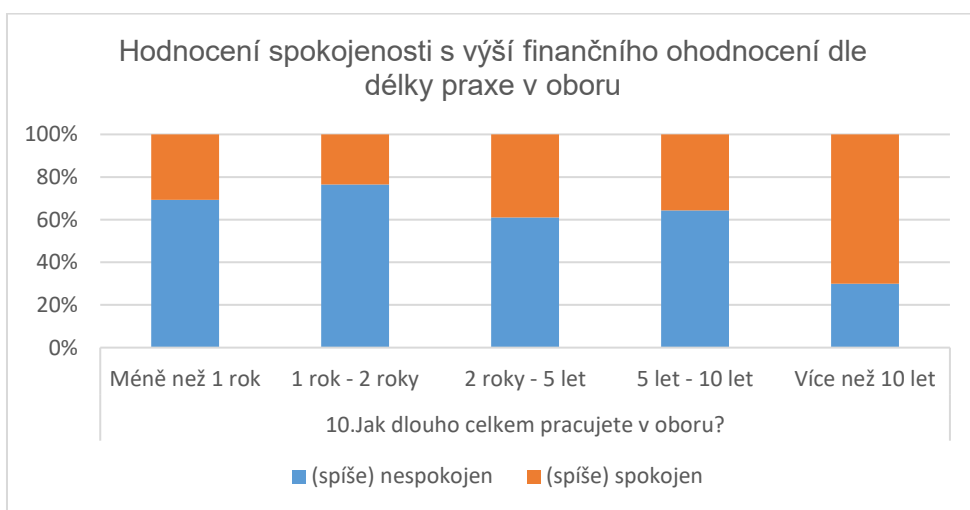
V rámci otázky týkající se výše platu jsme se dotazovali také na spokojenost respondentů se svým finančním ohodnocením, odpovědi se pohybovaly na škále od 1 do 5 (nespokojen – spíše nespokojen – ani tak ani tak – spíše spokojen – spokojen). Mezi muži a ženami nebyl výraznější rozdíl, nespokojeno či spíše nespokojeno bylo celkem 47,4 % mužů a 46,8 % žen, 26,3 % mužů a 28,6 % žen pak bylo spíše spokojeno či spokojeno. Mezi stupněm vzdělání v adiktologii a ne/spokojeností s výší platu nejsou rozdíly mezi absolventy Bc. a Mgr. studia.

U věkových kategorií se objevily výraznější rozdíly, kdy s věkem roste spokojenost s finančním ohodnocením. Směr hodnocení spokojenosti s věkem znázorňuje graf č. 5.

Výrazně více nespokojení byli respondenti, kteří v průběhu studia v oboru adiktologie nepracovali (73 % bylo nespokojeno oproti 18 % spokojených) ve srovnání s těmi, kdo již pracovali (nespokojeno 42 %, spokojeno 27 % respondentů). Spokojenost s výší platu se odvíjí také od délky praxe v oboru, kdy čím delší doba v oboru, tím vyšší spokojenost s finančním ohodnocením, viz graf č. 6 (což se odráží přímo úměrně věku a výši platu, viz tabulky výše).

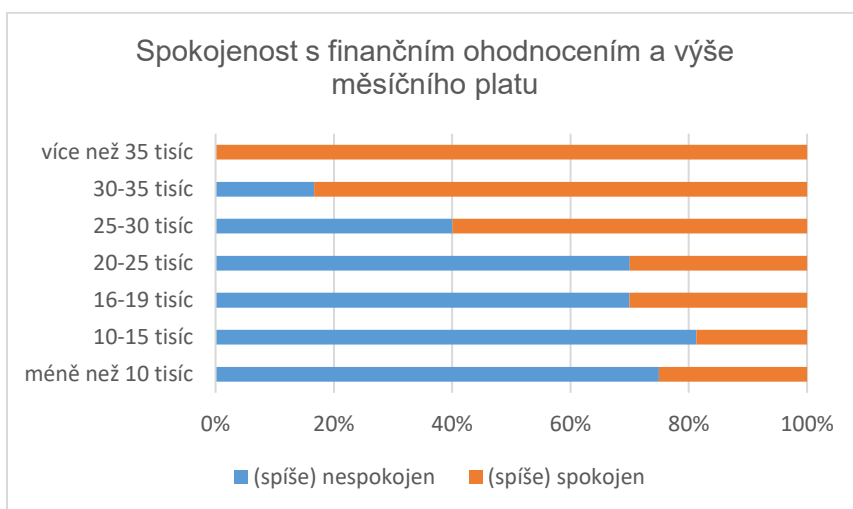


Graf č. 5: Hodnocení spokojenosti respondentů s výší finančního ohodnocení

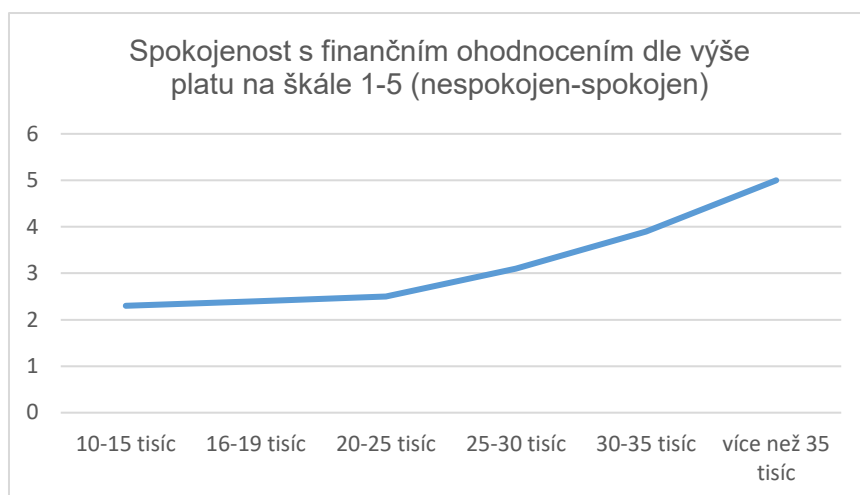


Graf č. 6: Hodnocení spokojenosti respondentů s výší platu dle délky praxe v oboru

Posun ve spokojenosti s platem je patrný také přímo úměrně jeho výši, čím vyšší plat, tím vyšší spokojenost respondentů (na hladině statistické významnosti 100%). Plně spokojeno s platem je nejméně respondentů pracujících v ambulantní léčbě (3,4 % všech, kdo zde pracují).



Graf č. 7: Hodnocení spokojenosti respondentů dle výše platu



Graf č. 8: Hodnocení spokojenosti s výší platu na škále

Na škále od 1 do 5 (od nespokojen po spokojen) se respondenti, bez rozdílu mezi pohlavími, postavili na hodnotu 2,7. Opět platí, jak bylo uvedeno výše v procentuálním zastoupení, že spokojenost roste s věkem. Úroveň dosaženého vzdělání nehraje roli. Ti, kdo v oboru pracovali při studiu, hodnotili své finanční ohodnocení výše (2,8) oproti těm, kdo nepracovali (2,3). S délkou praxe roste spokojenost, zobrazilo se to i na škále. Spokojenost byla na podobné úrovni u pracovníků v kontaktních centrech, ambulantní i ústavní léčby.

Věk	Hodnocení spokojenosti	Délka praxe	Hodnocení spokojenosti
Do 29 let	2,5	1-2 roky	2,3
30-39 let	2,9	2-10 let	2,7
40-49 let	3,2	Nad 10 let	3,4

Tabulka č. 23: Hodnocení spokojenosti s výší platu dle věku a délky praxe, na škále

Z těch, kdo mají práci v oboru adiktologie jako jediné zaměstnání, je 86,4 % žen a jen 13,6 % mužů. Z těch, kdo mají ještě další zaměstnání, je třetina mužů. Ti, jejichž je práce v oboru jedinou prací, pracují v 71 % na celý úvazek, 19,7 % pobírá plat ve výši 10-15 tisíc Kč hrubého a 31,8 % pobírá plat ve výši 20-25 tisíc Kč hrubého. Ve 42 % pracují ve službách se statutem zdravotnické služby, jen ve 27 % v sociálních službách.

Oproti tomu ti, kteří mají ještě další zaměstnání, pracují na celý úvazek v 56,7 % případů, 30 % z nich má plat 10-15 tisíc Kč a shodně 16,7 % má plat do 10 tisíc Kč a mezi 20-25 tisíci Kč měsíčně. 33 % pracuje ve službách zdravotnických a 46,7 % ve službách sociálních.

### Důležité aspekty zaměstnání v adiktologii

V souvislosti s výší finančního ohodnocení jsme mapovali celkově faktory, které jsou pro respondenty významné, motivující k setrvání v zaměstnání v oboru adiktologie. V této otázce měli respondenti na výběr pět předem definovaných možností, mohli ale vypsát zcela jiné faktory, podmínkou bylo vybrat pouze jeden nejvíce významný aspekt. V celém souboru platí, že nejvýznamnějším faktorem práce v oboru adiktologie je pro respondenty dobrý kolektiv (41,7 %), následovaný možností terapeutické práce s klienty (28 %). Výše platu jako motivačního faktoru získala pouze 7 %. Mezi pohlavími existují rozdíly, viz tabulka č. 24.

Aspekt	Muži	Ženy
Terapeutická práce	36,8 %	26 %
Pracovní kolektiv	26,3 %	45,4 %
Plat	10,5 %	6,5 %

Tabulka č. 24: Významné motivační faktory zaměstnání dle pohlaví

Zajímavý rozdíl se objevil mezi respondenty, kteří absolvovali bakalářské studium adiktologie, kde 5,7 % uvedlo, že plat je pro ně významným aspektem zaměstnání v oboru, oproti těm, kteří Bc. studium adiktologie neabsolvovali (25 %). Mezi studenty v prezenční a kombinované formě byly také odlišné preference. V případě vzdělávání jako významného faktoru odpovědělo kladně 2,1 % prezenčních studentů a 17,5 % kombinovaných studentů. V případě profesního růstu se poměr otáčí, tato možnost je významná pro 12,5 % prezenčních studentů a jen pro 2,5 % kombinovaných studentů.

Ti, kdo nepracovali v oboru adiktologie již v průběhu studia, uvedli, že plat je pro ně důležitým aspektem v 18,2 % a vzdělávání ve 4,5 %. Ti, kdo pracovali již při studiu, uvedli zcela opačné preference, a to 6,1 % u platu a 15,2 % u vzdělávání.

Mezi preferencemi a typem zařízení, v němž respondenti pracovali, se žádné rozdíly nevyskytly. Nalezli jsme však odlišné preference u respondentů, kteří se specializují na cílovou skupinu žen, zde bylo pro 37,5 % respondentů důležité mít možnost profesního růstu (oproti 4,5 % u těch, kteří se nespecializují) a těch, kdo se specializují na práci s dětmi, kteří preferují ve 40 % vzdělávání (oproti 6,8 % těch, kteří se nespecializují).

Ti, kdo mají dohodu o provedení práce, považují za významný faktor možnost profesního růstu (25 %), oproti pracujícím na hlavní pracovní poměr (5,8 %).

## **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

V oblasti odměňování pracovníků s kvalifikací adiktologa panují relativně velké rozdíly. V první řadě jsou dány tím, zda organizace uplatňuje odměny v podobě platu či mzdy. Rozdíly jsou patrné také mezi sociálními a zdravotnickými zařízeními, která se řídí odlišnými normami. V neposlední řadě je nutné uvést, že částky jsou orientační, nezahrnují individuální rozdíly ve vzdělání či délce praxe, a taktéž nezahrnují odměny, příplatky či osobní ohodnocení zaměstnanců.

Služby naráží na různé limity, jak mohou zaměstnance odměňovat. Sem patří jednoznačně zkušenost z praxe, že adiktolog jako zdravotnický pracovník nemůže být placen dotacemi ze sociální sféry (respektive může, je-li zařazen jako další odborný pracovník, nicméně zdá se, že ochota hradit tyto pozice není vysoká). Dále jde o mzdový limit v sociálních službách, kde nad stanovený rámec mzdy není možné dosáhnout, nemá-li organizace zajištěné vícezdrojové financování.

Podle zdravotnických tabulek se absolvent adiktologie může pohybovat v 10. a 11. třídě, podle úrovně vzdělání. Nicméně organizace si mohou tabulky nastavit podle svých vnitřních směrnic, a pak se úrovně liší. Např. jeden respondent uvedl, že „Bc. je v 10., Mgr. nebo Bc. s výcvikem 11., Mgr. s výcvikem 12., vedoucí 13.“ Tam pak vznikají zmíněné rozdíly. Mnohdy se to promítá prakticky v tom, že neexistuje rozdíl v odměňování sociálních a zdravotnických pracovníků. Na plat má v oblasti zdravotnictví vliv také personální normativ zdravotních pojišťoven, který stanoví, kolik pracovníků má mít služba o 30 lůžkách, a tomu odpovídá výše odměňování.

*„My nerozlišujeme platy jednotlivých profesí, u nás kdyby byl zdravotník nebo sociální pracovník nebo další odborný pracovník nebo pracovník v sociálních službách, tak stejně budou mít stejný plat, my máme vnitřní systém, který jede podle vzdělání, kdy Bc má nějakou třídu, Mgr má jinou třídu. U nás to na platový zařazení nemá vliv, nám jde jenom o to, abychom ho do toho systému dostali. Některé neplatí za zdravotnické pracovníky, nechce mít ani jejich výkony do výkazů. V zákoně mají, že odborní pracovníci jsou zdravotničtí, oni by měli dělat to, že ty zdravotníky doplatí. To je pro nás to hlavní. Oni ho vezmou na jakoukoli pozici, ale oni nám ho nezaplatí. To je to hlavní, nám by nevadilo, že je zdravotnický pracovník, nám vadí ta díra v systému a dneska jsme z větší části placení sociálním úsekem. Ty donátoři z té sociální části dávají víc peněz než RVKPP, mají silnější pozici.“*

*„Je to naše vnitřní věc, jak si nastavujeme platy, jediný, kde to může mít vliv, jsou tabulky pro pojišťovny, aby platily, co mají. Tam nerozlišují sestry, adiktology, to je v jedné kategorii, z hlediska platu je to jedno. Je tam určitý počet zdravotnických pracovníků bez odborného*

*dohledu v personálním normativu nalepený na zákon o zdravotních službách, a je tam napsanej počet lidí na 30 lůžek a jsou tam vyjmenovaný nějakých 5, 6 sester, 2 adiktologové a je tam volba, že se dají nahradit, že celkový počet takovej a minimálně 2 adiktologové, něco takového.“*

Padla zmínka o chystané novelizaci zákona o sociálních službách, kde se očekává, že sociální pracovníci budou požadovat vyšší podporu své profese. Zároveň dochází ke zvyšování platů sociálních pracovníků. Pro adiktologické služby s vícezdrojovým financováním to znamená komplikaci, jelikož dostávají přidáno pouze poměrnou část, v závislosti na tom, jaký podíl jejich celkového rozpočtu tvoří dotace MPSV.

*„On se navyšuje budget sociálních služeb, jestli vyjde to 10% navýšení a pak je plánovaný další, ono MPSV na to ihned reaguje, ihned alokuje, jenže u nás nárůst o 10%, i kdyby MPSV poslalo o 10% víc, tak u nás je to třetinový zdroj, takže to neznamená 10%, ale jen 3%. To se musí tlačit přes RVKPP.“*

Jeden z respondentů se zmínil také o zaručené minimální mzdě, kterou stanoví nařízení vlády o mzdě, a dále se rozhovořil o aktuální situaci v oblasti zaměstnanosti, kdy si zaměstnanci mohou vybírat, kam půjdou pracovat, i o tom, že adiktologické služby nemohou konkurovat nabídkám v komerční sféře.

*„Existuje nařízení vlády, ke kterému se pravidelně aktualizuje částka, která říká, já jsem zaručenou mzdou na určitý typ práce a to podle toho, jak je klasifikovaná práce se závislýma, tak by to mělo být 18 100,- Kč, my jsme se o tom bavili napříč organizacema, a nikdo o tom moc neví, že ten předpis existuje a velmi pravděpodobně bude ½ pracovníků kontaktních center a terénů v republice pod tímhleťm. My bychom do toho rádi šlápli, protože to je neúnosný, naznali jsme, že nám hrozí odliv adiktologů a sociálních pracovníků k pokladně do Lidlu. A hlavně nemají zájem nastoupit, hrozně se to odráží na tom, kolik lidí se hlásí. Před 10 lety přišlo 40 uchazečů. Tehdy byly i jiné požadavky na kvalifikaci, před zákonem o sociálních službách mohli být středoškoláci, se zvedají požadavky, ale prachy se nehnuly. Teď jdou prachy nahoru v komerční sféře, když lidi vidí náborový letáky do fabrik, dvacet tisíc, tak tam jsou prachy, které nemůžeme nabízet.“*

### **Výše mzdy/platu**

Výše platů/mezd pro zaměstnance s kvalifikací adiktologa zobrazuje tabulka č. 25. Jsou zde zahrnuty informace o tom, zda je částka určena absolventovi či pracovníkovi s praxí v oboru, zda se jedná o měsíční hrubý plat či mzdu, a jsou uvedeny odhady částek sdělených zaměstnavateli. Dále jsme specifikovali typ služby, a to do tří kategorií: nestátní neziskové organizace, státní zdravotnické organizace a příspěvkové organizace kraje.

Průměrná výše hrubé mzdy/platu se u absolventů pohybuje na částce **21 400,- Kč/měsíc**, rozdíly mezi jednotlivými typy služeb jsou nepatrné (NNO 21 700,-, státní 21 500,-, p.o. 21 000,-). U pracovníka s praxí je průměrná částka **31 100,- Kč** (NNO 28 500,-, státní 33 500,-, p.o. 31 500,-). Na vedoucí pozici se plat pohybuje okolo 30 tisíc Kč. Při součtu údajů definovaných jako plat byla u absolventů průměrná výše 23 tisíc Kč, u pracovníků s praxí 34 300 Kč, u mezd dostávají absolventi 22 500 Kč, a pracovníci s praxí 30 000 Kč, mezi způsobem odměňování tedy v tomto nejsou zásadní rozdíly.

Typ pracovníka	Typ služby	Mzda/Plat	Výše (v hrubém/měsíc)
Absolvent <sup>1</sup>	NNO		20 000
S praxí <sup>2</sup>	Státní, zdravotnická	Plat	40 000
Absolvent	Státní, zdravotnická	Plat	22 000
Nespecifikováno	NNO	Mzda	22 000
Nespecifikováno	NNO	Plat	30 000
Nespecifikováno	Státní, zdravotnická	Plat (11.tř., 5.st.)	20 000
Nespecifikováno	NNO		23 000
S praxí	NNO		27 000
Absolvent	NNO		20 000
Vedoucí <sup>3</sup>	NNO		31 000
S praxí	Příspěvková org.	Plat	33 000
Absolvent	Příspěvková org.	Plat	17 000
S praxí	NNO	Mzda	30 000
Absolvent	NNO	Mzda	20 000
Absolvent	Státní, zdravotnická	Plat (adiktolog, Bc. 10.tř., Mgr. 11.tř.)	24 000
Absolvent	Státní, zdravotnická		20 000
S praxí	Státní, zdravotnická		27 000
Absolvent	NNO	Mzda	22 000
Absolvent	NNO	Mzda (dle soc. tabulek)	17 000
Absolvent	Příspěvková org.	Plat	25 000
S praxí	Příspěvková org.	Plat	30 000

Tabulka č. 25: Průměr výše hrubé měsíční mzdy/platu adiktologa

<sup>1</sup>Absolvent = po absolvování bakalářského studia, bez praxe a bez PST výcviku

<sup>2</sup>S praxí = nespecifikovány roky praxe, většinou také s PST výcvikem

<sup>3</sup>Vedoucí = vedoucí služby, s praxí

### Motivace, benefity

V průběhu diskuze nad výší odměny pro adiktology jsme se dostávali i k otázce benefitů, kterými se zaměstnavatelé snaží motivovat adiktology, kompenzovat nižší plat. Jedním z důvodů, proč adiktologové v krajích chybí, je kromě výrazné centralizace také neochota dojíždět za prací. Jedním z benefitů tak může být příspěvek na dopravu. „Většina lidí dojíždí, a musíš je motivovat, protože dojíždějí, dopravu jim neplatíme, ale snažíme se to zohlednit v té mzdě.“ Téměř samozřejmostí je podpora vzdělávání zaměstnanců, úhrada vzdělávacích akcí. Byly zmíněny také různé varianty volna navíc (technické volno) a pružná pracovní doba. Nicméně jeden respondent výstižně uvedl, že výše platu není vysoká a bývá důvodem, proč lidé v oboru nakonec nevydrží a odejdou z něj. Ze strany zaměstnavatele to vyžaduje uvažovat nad investicemi do zaměstnanců a jejich návratností.

*„Snažíme si lidi hýčkat, platit kurzy, podporovat zvyšování kvalifikace, ale pak je blbý, když ten člověk to tu nasosá a pak tradá, a o to víc mě mrzí, když ten člověk jde třeba i mimo obor, právě kvůli nízkému platu. Mají tu práci rádi, ale neuplatí z toho, co potřebují. Já se ani nedivím, já přece nemůžu chtít po člověku výcvik a kvalifikační kurzy a dát mu 15 000 Kč.“*



### Představy absolventů o výši odměny

Jen okrajově jsme se v rozhovorech dotýkali otázky nereálných představ absolventů adiktologie o platu, který mohou získat. Ve výsledku to může vést ke zklamání, ale především ke změně práce a migrace v rámci služeb, kde výše platu se stává významným motivačním faktorem.

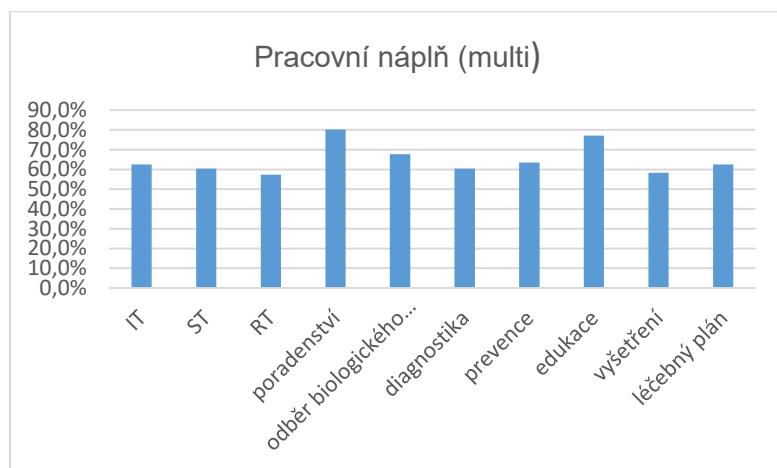
*„U nás třeba nástupní mzda absolventa je 22 000,- Kč, což je maximum, čeho jsme schopni dosáhnout, protože kraje stanovují mzdové limity. Ale oni si představují třeba 22 000 Kč čistého, což je 30 000 Kč hrubého, to je nereálný, to u nás berou vedoucí s rokami praxe. Nemáme na víc. Když porovnáám uchazeče sociálního pracovníka a adiktologa, tak sociální pracovník má reálnější představu, kolik si může vydělat a na jaký pozici může být a tak.“*

*„... nemaj reálnou finanční představu o finančním ohodnocení pozic nebo o těch pozicích celkově, protože většinou chtějí být třeba vedoucí. Měli jsme i adiktoložku, která z toho důvodu odešla, ale v té době jí nabídli místo v PN s bytem.“*

### Náplň práce

#### A. ABSOLVENTI

Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí, graf č. 9 zobrazuje ty nejčastěji zmíněné výkony, které tvoří náplň práce adiktologů.



Graf č. 9: Činnosti tvořící náplň práce adiktologů

Obecně je patrné nejvyšší zastoupení poradenství a edukace, také odběru biologického materiálu. Podobné zastoupení je u výkonů prevence, zpracování léčebného plánu, diagnostiky a různých druhů terapie (definováno dle sazebníku výkonů).

Náplň práce se však liší dle typu zařízení, ve kterém respondenti pracují. V nízkoprahových službách je nejvyšší podíl poradenství, edukace a odběru biologického materiálu, naopak nejméně zastoupené jsou činnosti týkající se skupinové a rodinné terapie. Oproti tomu v ambulantní léčbě byly významně zastoupeny všechny činnosti, včetně individuální terapie (93 %). Ve službách ústavní léčby a terapeutických komunit byly nejvíce zastoupeny výkony skupinové terapie (94; resp. 100 %). Není rozdíl v náplni práce mezi absolventy bakalářského a magisterského studia.

Celkem 34 z 50 respondentů, jejichž pracovní pozice je označena „adiktolog“, vykonává všechny výkony definované v sazebníku pro profesi adiktologa. U řady respondentů s jinak definovanými pracovními pozicemi byla patrná druhá kvalifikace, jelikož jsou současně adiktology, proto taktéž odpovídali, že vykonávají všechny uvedené činnosti. Specificky se vyskytly odpovědi týkající se pracovní pozice terénní/kontaktní pracovník, a to testování infekčních chorob, výměna injekčního materiálu, sociální práce. Respondenti pracující na

pozicích jako jsou vedoucí, protidrogový koordinátor či výzkumný pracovník, uváděli pro jejich zaměstnání specifické výkony, např. řízení či projektová práce.

### **Chybějící zdravotnická kvalifikace u absolventů pouze navazujícího magisterského studia**

V souvislosti s náplní práce jsme zjišťovali, zda mezi respondenty, kteří absolvovali pouze navazující Mgr. studium (tj. s předchozím Bc. vzděláním v jiném oboru), je patrná absence odborné způsobilosti adiktologa jako zdravotnického pracovníka (česká legislativa zakotvila absolventy bakalářského studia, nikoliv pouze navazujícího magisterského studia, platí, že absolventi, kteří nevystudují bakaláře adiktologie, nezískají profesní kvalifikaci adiktologa). Mezi respondenty pracujícími v oboru bylo pouze 8 osob, které absolvovaly navazující Mgr. studium bez předchozího bakalářského studia adiktologie. Z těchto čtvrtina postrádá zdravotnickou kvalifikaci,  $\frac{3}{4}$  nikoliv. Nejvíce kvalifikace schází respondentům, kteří pracují v ambulantní a ústavní léčbě, těm, kteří pracují na pozici zdravotní sestra či terapeut a těm, kdo v rámci své náplně práce vykonávají individuální, skupinovou a rodinnou terapii, odběry biologického materiálu, diagnostiku, prevenci, edukaci, vyšetření a zpracování léčebného plánu. Reálně tedy kvalifikace chybí zejména těm, kdo pracují ve zdravotnických službách a vykonávají výkony, které by mohly být klasifikovány jako adiktologické.

## **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

V rozhovorech se stíraly hranice mezi kompetencemi a náplní práce. Náplň práce zahrnovala některé obecné činnosti, ať pro adiktologa (zejména dle sazebníku výkonů) či pro adiktologické služby jako takové. Výraznější rozdíly se objevovaly v souvislosti s typem služby. Obsah práce záleží také na tom, z jakých zákonů či nařízení daná organizace vychází. Jednotlivé činnosti jsme proto rozdělili dle kategorií níže.

### **A) Náplň práce dle typu služby**

Ambulantní léčba:

- Diagnostika
- Poradenství
- Terapie

Nízkoprahové služby:

- Testování
- Zdravotnické ošetření

Terapeutická komunita:

- Vedení individuální a skupinové terapie (závisí na tom, zda má adiktolog hotový psychoterapeutický výcvik)
- Vzdělávání klientů
- Zátěžové programy
- Psaní doporučení
- Zdravotní péče o klienty – z anamnézy zjistit informace o možných zdravotních problémech klientů a hlídat to
- Odběr biologického materiálu
- Testování klientů na infekční onemocnění

*„Když je to adiktolog v ambulanci, tak ta náplň práce koresponduje s těma výkonama v ambulanci s těma specifickýma adiktologickýma, co jsou v sazebníku, případně definicí výkonů nebo standardama, co se dělá v ambulanci. Pokud je v komunitě nebo terénu, tak má náplň práce buď terapeuta nebo terénního pracovníka a tu máj v zásadě všichni stejnou, tam se neliší náplň práce sociálního pracovníka a adiktologa.“*

*„Vše, co obsahuje vyhláška o vzdělávání pracovníků, klasicky práce u lůžka, diagnostika, léčebná péče, terapie, speciálně jsme vypíchlí, co děláme, práce s rodinou, edukativní činnost, doléčování, konziliární činnost za účelem vstupu do léčby pacienty a zmapování pacienta, zda je zralý na léčbu. A ještě vzdělávání pacientů i personálu.“*

## **B) Náplň práce obecně**

- Testy z moči na přítomnost drog
- Testy na infekční onemocnění
- Edukace pacientů
- Adiktologické vyšetření
- Návrh dalšího postupu péče
- Terapeutické aktivity
- Skupinová terapie

Náplň práce nezahrnovala výkony, které adiktolog dle zákona provádět nemůže, ale i činnosti, které jsou buď historicky anebo z legislativních či jiných důvodů přisuzovány jiným profesím, tj.:

- Odběr biologického materiálu (někde včetně moči, kterou odebírají striktně zdravotní sestry)
- Vedení individuální terapie („to dělá psycholog“)
- Sociální práce v užším slova smyslu
- Příjmové vyšetření, propuštění pacienta
- Podání léků

*„Nad tím mi zůstává rozum stát, adiktologie se studuje na lékařské fakultě, má vyšší postavení než sestra a nemůže podat léky. Adiktolog má určitě farmakologii ve větším rozsahu než má sestra.“*

*„Asi by nemohl dělat sociální práci v užším slova smyslu, to bychom chtěli, aby dělal sociální pracovník.“*

## **Kompetence adiktologa**

### **A. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ V OBORU**

Celkem 75 % respondentů považuje kompetence adiktologa za dostačující, nebyl nalezen žádný rozdíl mezi muži a ženami. Ve věkové kategorii 30-39 let byl nejvyšší podíl respondentů považujících kompetence za dostačující (84 % ku 16 %, kteří je považují za nedostatečné), oproti tomu v kategorii do 29 let byl podíl spokojených respondentů nejnižší (67 % spokojených ku 33 % nespokojených). Taktéž nejméně těch, kteří považují stávající kompetence za dostačující, bylo v kategorii respondentů pracujících v oboru 1-2 roky (mezi nimi bylo 53 % spokojených; v celkovém souboru všech kategorií dle délky praxe v oboru to bylo pouze 14 % respondentů). V ostatních kategoriích považovalo více než 70 % respondentů kompetence za dostačující. Zdá se tedy, že délka praxe v oboru souvisí se spokojeností s kompetencemi adiktologa.

Vyšší podíl osob, které považují kompetence za nedostačující, je mezi respondenty s měsíčním platem ve výši 10-15 tisíc Kč (63 %) a 16-19 tisíc Kč (58 %). Naopak u respondentů s vyšším platem je podíl spokojených nad 80 %. Lze říci, že ti, kdo nejsou spokojeni s výší svého platu, méně často považují své kompetence za dostačující.

Méně spokojeni jsou také ti, kteří pracují v kontaktních centrech (62,5 %) jako kontaktní či terénní pracovníci, oproti respondentům pracujícím v ambulantní léčbě (72,5 %) či v ústavní léčbě (82,4 %). Ze všech pracovních pozic bylo nejméně spokojených mezi sociálními pracovníky, pouze 5,9 % bylo spokojeno, oproti 27 % považujících kompetence za

nedostačující. Jako méně dostačující vidí kompetence také ti, kdo pracují se specifickými skupinami klientů, konkrétně s klienty s nelátkovými závislostmi či dětmi.

Mezi kompetence, které respondenti nejvíce postrádali, patří psychoterapeutický výcvik (pouze ženy), sociální práce (tuto kompetenci postrádá 50 % mužů a jen 4,8 % žen) a odběr biologického materiálu (platí pouze pro ženy). Po jedné odpovědi se vyskytly krizová intervence, diagnostika, ošetrovatelství, preskripce či podání léků, soudní znaleství, psychologické testy, práce s dokumentací. Často se objevovala odpověď, že není jasné, co je vůbec kompetence adiktologa, je patrné, že respondenti hovořili spíše o kompetencích profesních, než o kompetencích nabytých vzděláním. Na tuto otázku odpověděl nízký počet respondentů, proto výsledky není možné zobecnit.

## **B. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ MIMO OBOR ADIKTOLOGIE**

Kompetence adiktologa jako dostačující hodnotili pozitivněji ti, kdo pracovali v oboru adiktologie v průběhu studia, respektive v minulosti (téměř 80% spokojenost). Výrazný rozdíl je patrný mezi muži a ženami, kdy muži považují kompetence za dostačující jen ve 33,3 % případů, oproti 73 % žen. Taktéž v úrovni věku se objevily statisticky významné rozdíly. Jako nedostačující hodnotilo kompetence 42,1 % respondentů do 29 let věku, oproti pouhým 12 % respondentů ve věku 30-30 let.

Respondentům nejvíce schází psychoterapeutický výcvik (N=7), shodně dvěma respondentům chybí preskripce či podání léků, invazivní odběr biologického materiálu a celkově více praktické výuky ve studiu. Jednomu respondentovi chybí znalosti sociální práce.

## **C. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Otázka věnovaná kompetencím adiktologů v organizacích, kde jsou zaměstnáni, byla položena jako otevřená, bez bližší specifikace, co je myšleno pojmem kompetence. Cílem tak bylo zjistit reálné kompetence adiktologů v praxi, ale také, co si manažeři pod tímto pojmem představují, jak ho definují a jak jej následně uplatňují při využití zaměstnanců.

Reakce zaměstnavatelů se lišily. Potvrzovala se nejasnost výkladu pojmu kompetence, odpovědi zahrnovaly spíše domněnky, odhady, co by kompetence adiktologů mohly zahrnovat.

*„On je takový pomocník psychologa, komunikuje psycholog a adiktolog je s ním ten hlavní člověk v týmu. Nevím co si pod tím mám představit. Oni jsou třeba zastupitelný s psychologem a měli by se domlouvat na dovolené, že když tam není psycholog, musí tam být adiktolog a ten přejímá povinnosti psychologa.“*

*„Upřímně, kdyby přišel absolvent, bez psychoterapeutického výcviku, tak bych nevěděla, co by mohl dělat... Jedině by mohl dělat nějakou tu práci tý sestry, ale nevím, jak by to zvládli tu práci sestry, to by asi bylo těžký.“*

Někteří respondenti nevnímají specifické kompetence adiktologů, zejména v nízkoprahových službách: *„Jsou kompetentní ke stejným věcem jako jejich kolegové, možná jinak jsou kompetentní z hlediska zákonných norem, že adiktolog by možná mohl dělat ty odběry a sociální pracovník by neměl, ale to takto v těch KC dělat nejde, musí to dělat ten, kdo tam je.“* „Někteří jsou kompetentní vést týmy, ty programy, ale to nesouvisí s tou specializací.“

Někteří však jasně uváděli, co je v kompetenci adiktologů, jiní pojmenovávali spíše obsah jejich práce v dané organizaci.

Kompetence je možné rozdělit do kategorií:

### **A) Přímá práce s klientem/pacientem**

- Přijmout klienta

- Odebrat anamnézu
- Provést vstupní vyšetření
- Provést základní diagnostiku
- Uzavřít kontrakt
- Sestavit individuální plán
- Vést terapeutický proces, fungovat v pozici garanta
- Vést poradenství, vést skupinové poradenství
- Edukovat pacienty/klienty
- Navrhovat změnu farmakoterapie, indikaci k somatickému vyšetření („Nevím, jestli je to kompetence, ale může říct např. nám se toto nezdá, možná by to bylo na léčbu, podíli se na tom.“)
- Konzultovat zdravotnickou činnost
- Hodnotit terapeutický proces
- Plánovat návazné služby
- Přinést téma na supervizi

*„V okamžiku, kdyby se zacvičil a začal by výcvik, tak bych ho nechala dělat terapii.“*

*„U nás adiktolog rovná se terapeut, má docela velký kompetence, sám řídí tu práci s pacientem v rámci skupinové i individuální terapie, takže když nám volají ty rodinní příslušníci těch lidí, jak to s pacientem vypadá, odkazujeme je na terapeuta. Adiktolog komunikuje s rodinou ohledně svých klientů, komunikuje s následnou péčí, pokud chce pacient jít do komunity nebo do chráněného bydlení, píše doporučení, komunikuje s nimi, u nás si terapeuti řídí celý terapeutický proces.“*

*„Když se někdo ptal, zda se adiktolog vnímá jako zdravotník, tak v terénu nebo v komunitě se tak nevnímá, v té ambulanci se tak vnímá, protože dělá vstupní vyšetření, dělá IT, ST, vede dokumentaci, dělá odběry a testy, hodně spolupracuje s lékařem, píše zprávy, vede dokumentaci, evidenci ve zdravotnickém programu, tam je to naprosto zřetelný, tam ty kompetence jsou vidět, nejde to nevidět, v jiných typech služeb to tak není, tím že jsou i sociální.“*

#### **B) Administrativní činnost**

- Vedení (zdravotnické) dokumentace
- Koncepční činnost – navrhovat postupy, metody práce, zpracovávat operační manuál a dokumenty organizace pro potřeby certifikace
- Zpracování a vykazování dat
- Návrhy na rozvoj služeb

#### **C) Vedení služby**

- Řízení týmu
- Svolat poradu týmu
- Řízení služby
- Delegování úkolů
- Administrativa programu
- Zajištění technického zázemí

*„Úplně si neumím představit v nízkoprahových službách jeho postavení, umím si ho představit spíš jako vedoucího týmu, kdo bude nastavovat strategie, koncepce, možná řídit terénní programy, ale představit si ho dlouhodobě jako terénního pracovníka neumím.“*

#### **D) Kompetence směrem ven z organizace**

- Fungování v síti služeb, komunikace směrem ven
- Jednání s okolím
- Spolupráce s dalšími zařízeními

- Komunikace se zdravotnickými zařízeními a lékaři

Které kompetence adiktologovi chybí:

- Vést terapii, vést dlouhodobou systematickou psychoterapii (nevychází s výcvikem a zkušeností)
- Odebírat biologický materiál
- Podat léky

*„Teda já to vnímám tak, jestli je adiktolog schopen vést rozhovor s klientem, to je alfa omega, a nemám pocit, že to je něco, na co se ve studiu adiktologie dbá.“*

Hranice kompetencí adiktologa

*„Mám zkušenost, že např. na základě výsledků moči zvolili, že pacienta vyloučí, svolali si tým bez doktora, oznámili mu to, potom zavolali zastupujícího doktora, tomu to oznámili. Já přijdu a pacient propuštěný, jsem vděčná za to, že jste to zvážili, ale kdo z vás má kompetenci číst výsledek laboratorního vyšetření, tím jste překročili své kompetence. Vy můžete navrhnout, ale ne rozhodnout. Takže můžou vše, ale já si držím ty hranice. Mají právo říct, ale je to o tom, že o tom komunikujeme, a zároveň hranice jsou v tom, že vím, co si jako nelékařský pracovník mohu dovolit.“*

*„My máme u každého pracovníka 2 papíry, náplň práce a kompetence, a ty se nevážou jen na náplň práce a dokonce ne jen na kvalifikaci, ale i na reálnou schopnost člověka. Může být sestra, co neumí píchat injekce, tak bude mít v náplni, že je nepíchá. Adiktolog, i když je sestra, může mít náplň práce čistě adiktologickou, ale v kompetencích může mít tadyto.“*

## 6.2 Absolventi pracující mimo obor adiktologie

Celkový počet respondentů, kteří po dokončení studia nepracují v oboru adiktologie, je 69 (6 mužů, 63 žen). Jedná se o 40 % absolventů jen bakalářského studia, 41 % absolventů obou stupňů vzdělání, a 50 % absolventů pouze magisterského studia, kteří mají jiné bakalářské vzdělání, a tudíž i další kvalifikaci. Téměř 60 % respondentů nepracujících nyní v oboru v něm nepracovalo ani během studia. Avšak jen 30 osob z celkových 69 si primárně po absolvování studia hledalo zaměstnání v oboru, 39 nikdy o takovou práci neusilovalo. Dotazovali jsme se i na skutečnost, zda tito respondenti pracovali v oboru adiktologie alespoň někdy v minulosti. 58 % uvedlo, že ne, 42 % ano (50 % mužů, 41,3 % žen). Výraznější rozdíly jsou patrné u respondentů s další kvalifikací. 55,6 % respondentů s další kvalifikací sociálního pracovníka, kteří aktuálně pracují mimo obor, v něm v minulosti pracovalo. U zdravotních sester se jedná o 60 %, polovina lékařů, porodních asistentek a speciálních pedagogů také v minulosti pracovala v oboru adiktologie, taktéž všechny tři osoby s kvalifikací nutriční terapeut. Z výčtu je patrné, že všechny obory jsou adiktologii blízce příbuzné.

### Obory uplatnění

Nejvíce, 12 respondentů, kteří nejsou zaměstnaní v oboru adiktologie, pracuje v oblasti zdravotnictví (17,6 %), na jiných pracovních pozicích. Zde je patrný statisticky významný rozdíl v zastoupení věkových kategorií: 32 % je ve věku 30-39 let, oproti pouhým 8 % respondentů do 29 let. Osm respondentů se věnuje personalistice, případně marketingu (12 %). Sedm je zaměstnaných ve školství a sedm v oblasti sociální práce, šest v oboru informačních technologií. Shodně čtyři osoby se věnují cestovnímu ruchu či dopravě, pracují ve státní správě a v gastronomii. Po třech zástupcích mělo studium a mateřská dovolená. Dvě osoby pracují v bankovníctví. Po jednom respondentovi byly zastoupeny podnikání, policie, právo, manuální řemeslná práce, architektura. Jeden respondent pracuje toho času v zahraničí a jeden je nezaměstnaný.

V této souvislosti jsme se dívali také na další kvalifikace respondentů, kteří působí mimo obor adiktologie a výsledky ukazují, že z těch, kteří mají kvalifikaci sociálního pracovníka, pracuje 35,3 % v oblasti sociální práce. Ve zdravotnictví bylo 60 % respondentů s kvalifikací

zdravotní sestra, 100 % lékař a porodní asistentka, 33,3 % nutričních terapeutů a 50 % farmaceutů. Stejný vztah se potvrzuje i u školství, kde působí etoped, policie, a bankovníctví, kde uplatnění našel respondent s další kvalifikací v oblasti veřejné správy.

### **Důvody práce mimo obor adiktologie**

Na důvody, které respondenty vedly k hledání zaměstnání mimo obor adiktologie, který studovali a který jim přiznává odbornou kvalifikaci zdravotnického pracovníka, jsme se dívali z hlediska pohlaví (respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí). Muži uváděli jen čtyři důvody, a to nejčastěji (v 6 případech) nízké finanční ohodnocení (tuto možnost zvolili všichni muži v souboru), zajímavou pracovní nabídku mimo obor, kterou dostali a přijali (4 respondenti), kde opět muži skórují výše než ženy (67 ku 41 %). Po dvou odpovědích byly zastoupeny nedostatek pracovních příležitostí v oboru a úplný nezájem v oboru pracovat (častěji u mužů než u žen, 33 ku 3 %).

Ženy se shodují v nejvíce zastoupeném důvodu práce mimo obor, a to v nízkém finančním ohodnocení (N=32). Celkem 26 respondentek žen uvedlo, že neměly dostatek pracovních příležitostí (více žen než mužů, 41 % ku 33 %). 24 osob dostalo jinou nabídku mimo obor, která je zaujala. Výrazně méně byly zastoupeny ostatní důvody, a to závazek ve stávajícím zaměstnání v jiném oboru (3x), a následně se dvěma odpověďmi nezájem pracovat v adiktologii, nemožnost najít zaměstnání v oboru bez psychoterapeutického výcviku, mateřská dovolená, pobyt v zahraničí anebo vlastní pocit nekompetentnosti. Jednu odpověď měly možnosti nespokojenost s kolegy, syndrom vyhoření, touha zkusit něco jiného, chybějící kvalifikace adiktologa (absolvování jen magisterského stupně), absence zajímavých benefitů. Ženy uváděly oproti mužům daleko širší spektrum důvodů, proč v oboru nepracují.

Věk ani další vzdělání neovlivňovaly důvody, pro které absolventi zvolili zaměstnání mimo obor. Zaznamenali jsme významný rozdíl v Karlovarském, Pardubickém, Moravskoslezském a Plzeňském kraji, kde významně převažuje důvod nedostatek pracovních příležitostí. Ti, kdo během studia pracovali v oboru, uváděli důvody nízké finanční ohodnocení a nedostatek pracovních příležitostí v méně případech než ti, kteří během studia nepracovali (46,4 % ku 63,4 %, respektive 39,3 % ku 41,5 %).

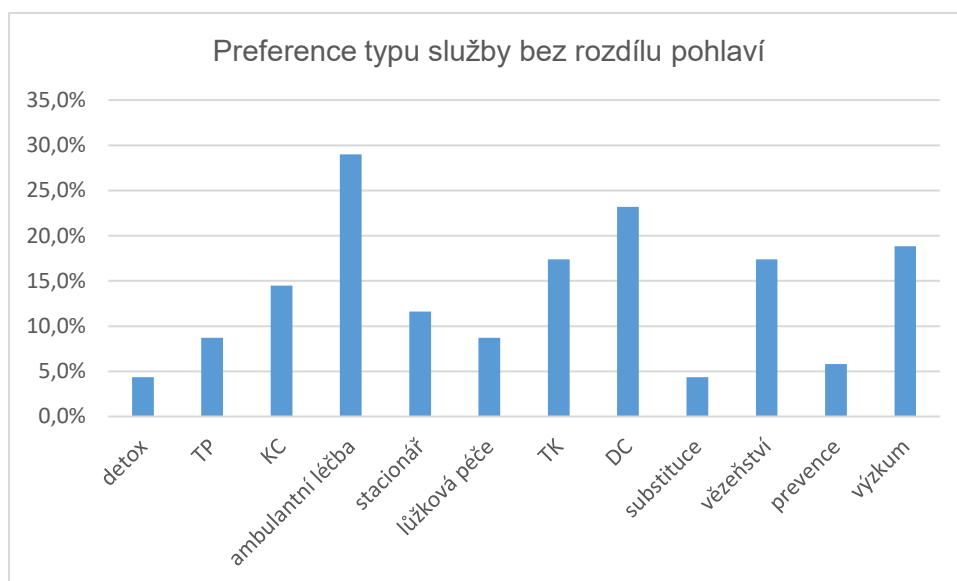
Nejčastějšími důvody tedy celkově jsou nízký plat (38x) a zajímavá nabídka v jiném oboru a nedostatek příležitostí v oboru adiktologie (28x oba).

### **Potřeby**

Ptali jsme se zrcadlově i na to, co by respondenti nepracující v oboru potřebovali, aby v něm pracovat mohli. Odpovědi byly zrcadlové k důvodům, tj. nejčastěji se objevily odpovědi lepší finance (69,6 %; současně u 100 % mužů), více pracovních příležitostí (52,5 %; výraznější u žen 54 %), 21,7 % by potřebovalo vyšší motivaci a 24,6 % by potřebovalo mít možnost účtovat adiktologické výkony zdravotní pojišťovně. I zde je patrný rozdíl mezi pohlavími, tento důvod se výrazně častěji objevil u mužů (66,7 %) než u žen (20,6 %). Další potřeby, např. více znalostí a dovedností, podpora ČAA, znalost cizího jazyka, psychoterapeutický výcvik se objevovaly spíše sporadicky.

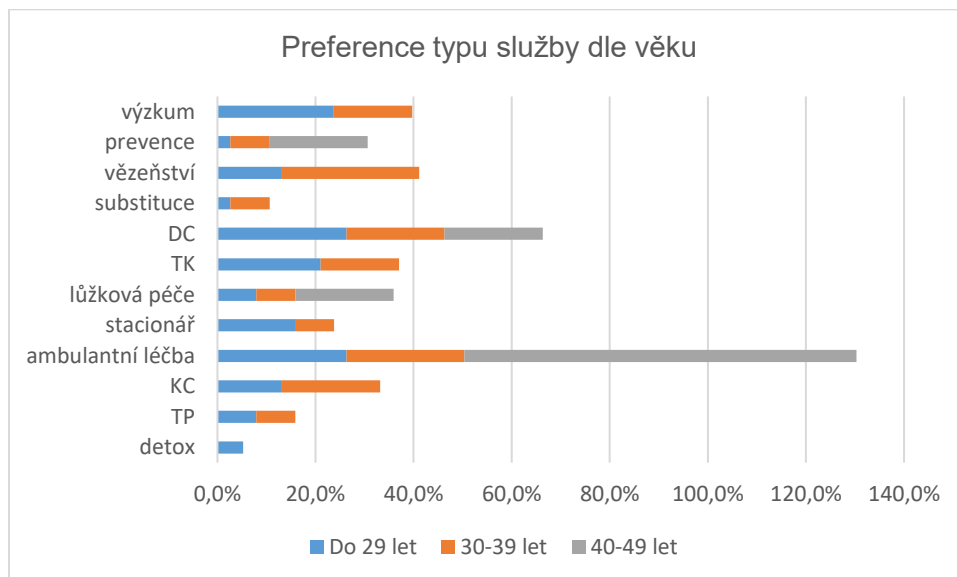
### **Preference zařízení**

Pakliže by respondenti aktuálně pracující mimo obor měli možnost zvolit si typ adiktologické služby, kde by byli rádi zaměstnaní (graf č. 10), celkem 29 % by volilo ambulantní léčbu (20 osob). Shodně 16 respondentů by se rádo vidělo v doléčovacím programu a v nízkoprahových službách. Dále byly výrazněji zastoupeny oblasti výzkumu, vězeňství a terapeutické komunity. Preference se mezi pohlavími odlišují, muži statisticky významně častěji preferují práci v terénních programech (33 % ku 6 % žen). Některé odpovědi uvedly pouze ženy, konkrétně stacionář, lůžkovou péči, terapeutické komunity, substituční léčbu a prevenci. Patrný je také vyšší zájem mužů pracovat v substitučních programech, konkrétně 16,7 % oproti pouhým 3,2 % žen, podobně u výzkumu (muži 33,3 %, ženy 17,5 %).



Graf č. 10: Preference typu služeb, kde by respondenti rádi pracovali v oboru

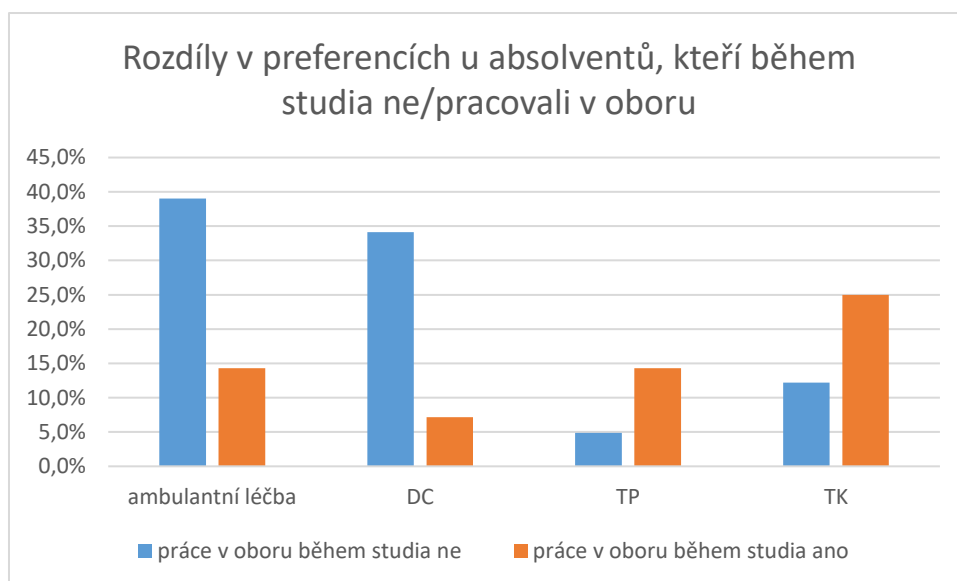
Statisticky významný vztah existuje mezi věkem a preferencí typu služby (respondenti měli možnost zvolit více odpovědí). Respondenti do 29 let věku výrazně preferují ambulantní služby, doléčovací programy, terapeutické komunity a výzkum. Kontaktní centra se objevila ve 13,2 %, nicméně ostatní typy služeb, tj. terénní programy, lůžková péče a prevence nedosáhly 10 %. V kategorii respondentů 30-39 let výrazně vystupuje zájem pracovat v oblasti vězeňství (28 %) a převažuje dokonce nad ambulantní léčbou. U respondentů ve věku 40-49 let z 80 % převažuje ambulantní léčba, dále doléčovací programy, lůžková péče (která je v této kategorii nejvýrazněji zastoupená) a prevence.



Graf č. 11: Preference typu služby dle věku respondentů

Ti, kdo pracovali v oboru adiktologie již během studia, mají odlišné preference oproti těm, kdo v oboru nepracovali, viz graf č. 12.





Graf č. 12: Preference typu služby podle toho, zda respondenti pracovali v oboru adiktologie při studiu či nikoliv

### 6.3 Výhled do budoucnosti

#### A. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ V OBORU ADIKTOLOGIE

Z hlediska různých proměnných jsme mapovali výhled respondentů do následujících 5-10 let. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí, proto celkové počty odpovědí neodpovídají počtu respondentů.

Celkové údaje a údaje dle pohlaví zobrazuje tabulka č. 26:

Plán	Celkem	Muži	Ženy
Nadále v adi. službách	67,4 %	68,4 %	67,1 %
Vlastní praxe, řízení	20 %	31,6 %	17,1 %
Mateřská	20 %	10,5 %	22,4 %
Práce mimo obor adi.	7,4 %	0 %	9,2 %

Tabulka č. 26: Plány do budoucna, celý soubor a srovnání mužů a žen

Nejvíce respondentů se nadále vidí v oboru adiktologie, pětina plánuje založení rodiny, případně zahájení vlastní praxe. Celkem 7,4 % respondentů má v plánu pracovat v jiném oboru. Můžeme vidět statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v aspektech zamýšlené vlastní praxe či manažerské pozice v adiktologických službách, kde výrazně dominují muži. Oproti tomu práci mimo obor adiktologie zvažují výhradně ženy.

U žen jsme se zaměřili také na hledisko věku a plánování mateřství. Z celkových 77 respondentek žen plánuje v nadcházejících 5-10 letech založit rodinu 22 osob (28 %). Celkem 15 z nich bylo v době sběru dat ve věku do 29 let, a tedy v dotazovaném období jim bude maximálně mezi 34 a 39 lety, dalších sedm žen bylo ve věku 30-39 let, tedy respondentky na spodní hranici této kategorie jsou taktéž ve věku, kdy se dá očekávat odchod na mateřskou dovolenou. Mezi respondentkami, které uvedly délku praxe v oboru více než 10 let, nebyla žádná, která by plánovala mateřskou dovolenou, v kategorii pracujících 5-10 let byly všechny čtyři respondentky, které uvedly plánované mateřství, ve věku 30-39 let. Dala by se pozorovat souvislost mezi délkou praxe, věkem a plánováním mateřství, kdy čím nižší věk respondentek, tím kratší praxe a vyšší pravděpodobnost mateřství v blízké době.

Pokud se na plány do budoucna podíváme optikou věku respondentů, taktéž vidíme významné rozdíly. Respondenti do 29 let v nejvyšší míře plánují založení rodiny, oproti tomu respondenti v kategorii 30-39 let by si přáli otevřít vlastní praxi a respondenti nad 40 let ve výrazné většině plánují setrvat v zaměstnání v adiktologických službách.

Plán	Do 29 let	30-39 let	40-49 let
Nadále v adi. službách	66,7 %	62,5 %	<b>90,9 %</b>
Vlastní praxe, řízení	14,6 %	<b>28,1 %</b>	9,1 %
Mateřská	<b>27,1 %</b>	18,8 %	0 %
Práce mimo obor adi.	8,3 %	6,3 %	9,1 %

Tabulka č. 27: Plány do budoucnosti z hlediska věku respondentů

Plán	Absolvent Bc.	Absolvent Mgr.	Absolvent Bc. i Mgr.
Nadále v adi. službách	70,2 %	62,5 %	65 %
Vlastní praxe, řízení	<b>19,1 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>22,5 %</b>
Mateřská	21,3 %	25 %	17,5 %
Práce mimo obor adi.	<b>4,3 %</b>	<b>12,5 %</b>	10 %

Tabulka č. 28: Plány do budoucnosti z hlediska úrovně vzdělání v adiktologii

Absolventi bakalářského stupně adiktologie vykazují nejvíce pozitivní výhled do budoucna ve smyslu setrvání v oboru adiktologie, jen 4,3 % respondentů se vidí mimo obor, oproti 12,5 % absolventů pouze magisterského stupně. Také platí, že nejvíce respondentů plánujících vlastní praxi se vyskytovalo mezi absolventy buď kompletního anebo bakalářského vzdělání, nikoliv mezi absolventy pouze Mgr. studia.

Plán	Pracoval při studiu	Nepracoval při studiu
Nadále v adi. službách	75,8 %	<b>63,6 %</b>
Vlastní praxe, řízení	12,1 %	<b>31,8 %</b>
Mateřská	15,2 %	18,2 %
Práce mimo obor adi.	3 %	<b>9,1 %</b>

Tabulka č. 29: Plány do budoucnosti z hlediska práce již během studia

Ti respondenti, kteří v oboru adiktologie pracovali již v průběhu studia, se daleko častěji vidí nadále v adiktologických službách a méně často v jiném oboru. Ti, kteří v oboru během studia nepracovali, se méně často vidí v adiktologických službách a daleko více by chtěli mít svou vlastní praxi, respektive řídit adiktologickou službu, a také jich 3x více plánuje odejít mimo obor.

Plán	Méně než 1	1-2 roky	2-5 let	5-10 let	Více než 10
Nadále v adi. službách	<b>81,3 %</b>	63,2 %	58,3 %	66,7 %	73,3 %
Vlastní praxe, řízení	<b>25 %</b>	10,5 %	25 %	19 %	20 %
Mateřská	18,8 %	<b>42,1 %</b>	20,8 %	9,5 %	6,7 %
Práce mimo obor adi.	0 %	5,3 %	<b>12,5 %</b>	9,5 %	6,7 %

Tabulka č. 30: Plány do budoucnosti dle délky práce v oboru

Z hlediska délky praxe v oboru platí, že respondenti s nejkratší praxí, do 1 roku, se nejvíce vidí nadále v adiktologických službách, žádný respondent neuvažuje o změně oboru, zároveň se však významně často vidí ve vlastní praxi či v pozici managementu. Respondenti s délkou praxe 1-2 roky se z velké části vidí na mateřské dovolené. Nejvíce těch, kdo by rádi změnili obor, bylo mezi respondenty s praxí v délce 2-5 let.

Plán	Plat do 10 tisíc	Plat 25-30 tisíc	Plat 30-35 tisíc
Nadále v adi. službách	50 %	80 %	71,4 %
Vlastní praxe, řízení	25 %	13,3 %	28,6 %
Mateřská	25 %	20 %	0 %
Práce mimo obor adi.	8,3 %	0 %	0 %

Tabulka č. 31: Plány do budoucnosti z hlediska výše platu

Mezi výší platu a plánem do budoucna se objevují rozdíly. Pro názornost jsme zvolili jen tři kategorie výše platu, nejnižší a dvě vyšší. Je patrné, že ti, kdo mají měsíční plat do 10 tisíc Kč, jsou méně motivováni setrvat v zaměstnání v oboru adiktologie, a nejvíce je láká odchod do jiného oboru. Zároveň ve vyšší míře uvažují o otevření vlastní praxe. U respondentů s vyšším platem je zcela evidentní zájem setrvat v adiktologických službách, žádný z respondentů neuvedl možnost odejít pracovat mimo obor.

Z těch, kdo pracují v terénních programech, by 11 % uvažovalo o změně oboru, ještě více markantní rozdíl je u pracovníků v primární prevenci (16,7 %). Celkem 15,4 % těch, kteří pracují na pozici zdravotní sestra, uvažuje o odchodu do jiného oboru.

Plány do budoucna nás zajímaly i konkrétněji, zde měli respondenti více možností odpovědí.

Plán	%
Setrvat ve stávajícím zaměstnání	23,3
Rezidenční služby	15,1
Ambulantní služby	13,7
Vlastní praxe	8,2
Mateřská	8,2
Práce se závislými i s obecnou populací	8,2

Tabulka č. 32: Konkrétní plány do budoucnosti

Vyšší zájem setrvat ve stávajícím zaměstnání mají nejen respondenti, kteří jsou věkově starší, ale také ti, kteří pracují v praxi 5 a více let. Celkem 20 % těch, jejichž měsíční plat je nižší než 10 tisíc, uvažuje o změně oboru. Polovina těch, kteří mají v pracovní náplni sociální práci, uvažuje o práci ve zdravotnictví.

## B. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ MIMO OBOR ADIKTOLOGIE

Můžeme shrnout, že ti, kdo primárně hledali práci v oboru adiktologie (26,7 % oproti 15,4 %, kteří nehledali), případně v oboru v minulosti pracovali (24,1 % oproti 17,5 %, kteří nepracovali), častěji uvažují o návratu k práci v adiktologických službách. Taktéž platí, že ti, kdo práci v oboru adiktologie nikdy nehledali ani nemají zkušenost s prací v něm, chtějí nadále setrvat mimo obor (45 %).

Celkem 83,3 % mužů se v uvedeném horizontu dále vidí mimo obor, oproti jen 38,1 % žen. Žádný z respondentů mužů, kteří v současné době pracují mimo obor adiktologie, nemá v plánu v něm začít pracovat, kdežto 22,2 % žen by se do adiktologických služeb rádo zapojilo. Výraznější je také rozdíl v uvažování o vlastní praxi, kde převažují muži (16,7 %) nad ženami (11,1 %). Celkem 16 % žen uvažuje o založení rodiny a 4,8 % žen by rádo kombinovalo práci v oboru s prací mimo obor.

Největší zastoupení těch, kdo by se rádi viděli v adiktologických službách, je ve věkové kategorii 40-49 let (60 %). Na mateřské dovolené se vidí 16 % žen ve věku do 29 let a 16 % žen ve věku 30-39 let, nejvíce z nich žije v Plzeňském a Středočeském kraji (33,3%; resp. 23,1 %).

Pokud respondenti pracovali v oboru adiktologie během studia, uvažují o návratu do adiktologických služeb ve 28,6 %, pokud v oboru nepracovali, pak pouze ve 14,6 %.

Osm osob by rádo pracovalo v ambulantních službách, sedm v rezidenčních. Pět by volilo zaměření na výzkum (tři z nich hledali práci v oboru po studiu). Čtyři respondenti chtějí otevřít vlastní praxi, čtyři další by rádi propojili práci mimo obor s částečným zapojením do práce v adiktologii.

## 6.4 Hodnocení kvality vzdělání adiktologů

### *Hodnocení kvality vzdělání*

#### **A. ABSOLVENTI**

Na škále 1-5 (nespokojen-spokojen) hodnotili respondenti kvalitu vzdělání hodnotou 3,9. Obecně lépe hodnotili respondenti z vyšších věkových kategorií. Nejlépe studium vidí respondenti, kteří v oboru pracují po dobu kratší než 2 roky, nejhůře naopak ti, kdo absolvovali pouze navazující magisterské studium adiktologie (3,3), oproti absolventům bakalářského či kompletního vzdělání v adiktologii (3,9). Výše platu neměla vliv na hodnocení kvality vzdělání.

Platí, že jako spíše nízkou a nízkou hodnotili respondenti kvalitu vzdělání pouze v 8,3 % případů, více nespokojeni byli muži (15,8 % oproti 6,5 % žen). Naopak jako spíše vysokou a vysokou celkem 72 % respondentů (79 % mužů a 71 % žen).

#### **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Velká část respondentů se přirozeně vyjadřovala k zaměření studia adiktologie, ozývaly se jak hlasy kvitující zdravotnický podklad, případně kombinaci se sociálními a dalšími aspekty, tak ty, které byly spíše proti a vymezovaly se proti oddělování zdravotní a sociální části oboru.

*„Mně se líbí, jak je to propojený, pro mě je adiktologie hlavně o tom zdravotnickým, a mně se líbí, že to je propojený i s tím sociálním, nejen o tom, co ta droga dělá, jaký má účinek a jak to může dopadnout, ale že to je bráný i z toho lidského hlediska, jak s tím člověkem dál pracovat, na co se soustředit, co zjišťovat.“*

*„Co je bezvadný, je ta medicínská část, ta je strašně důležitá. Znaj, orientují se dostatečně a musíme si uvědomit, že to je nemoc, to se nám tam vrací, a samozřejmě kromě vyložené somatických informací je informovanost o poruchách, psychice, to je hodně důležitý, ta psychiatrická část je hodně důležitá. Je to ta informovanost, závislý člověk se takto projevuje, má takovou symptomatiku, ta diagnostická část, myslím, že adiktolog nemá to, že dyť si za to můžou sami a jsou schopní reagovat na tu symptomatiku, nepřekvapí je to, že ty příběhy jsou vlastně všechny stejné, ale že to je symptomatický onemocnění, nepřekvapí je odvykací příznaky, psychotický stavy, tuhleto výbavu mají a to je důležitý.“*

*„Jednoznačně si představím zdravotníka, když se řekne absolvent adiktologie. Což podle mě není úplně optimální. Potřebujeme někoho, kdo umí obojí, ideální jsou ti, co mají obě kvalifikace. Lepší by bylo, kdyby si to vystudovali v jednom. Původně, když adiktologie vznikala, měla mezioborovost, tak se prezentovala, že by měla slučovat obě ty složky, ale nemám pocit, že se tak stalo. Mám spíš pocit, že se to kloní na stranu toho zdravotnictví.“*

*„Co se týká školy si myslím, že to je dobře postavený to kurikulum vzdělávací.“*

*„Je to velmi strukturovaný, propracovaný koncept, zlepšovaný.“*

*„Je to zaměření přímo na naši cílovku, což ta sociální práce je směs všeho, takže to si myslím, že je základ. Myslím si, že i ten přehled, že projdou těma stážema a mají to už osahány. I když přijde čerstvý absolvent, tak už o tý práci něco ví a to jsou ty hlavní benefity.“*

*„Pro mě je to pracovník úzce specializovaný na to, co já s těmi pacienty dělám a je to zdravotnický pracovník, má rozhled a komplexní pohled na klienta.“*

*„Co je úžasné, že to studium má cosi zdravotnického, cosi lékařského, část psychologie, pidi psychoterapie, sociální práci, legislativu, a to mi přijde to komplexní, co v léčbě závislosti je hodně důležité. My nemůžeme ignorovat, že je to multidisciplinární obor, že to je cosi, kde se nechytí každý. Pro mě ten pracovník kombinuje trochu sociálního pracovníka, psychologa... Mně je sympatické, že je od každého cosi, já neříkám že adiktolog je sociální pracovník, že je lékař, ale má široký rozměr, když něco neví, umí do toho zabřednout. Mně to přijde jako správný dobrý hybrid...“*

*„Já myslím, že má slušnou přípravu i díky praxím, kterých musej dost absolvovat, jak jsem pochopil.“*

*„Přišlo mi to hodně podrobný. Anatomie mi přišla hodně podrobná, obsáhlá, fyziologie též. Nedokážu posoudit, jak moc je to potřebné, ale přišlo mi to moc. To mi přijde jako zbytečné stresování.“*

## **Rozdíly mezi Bc. a Mgr. studiem**

### **A. ABSOLVENTI**

Ptali jsme se absolventů obou stupňů vzdělání v adiktologii na subjektivně vnímané rozdíly mezi oběma úrovněmi, otázka byla položena jako otevřená, odpovědi kategorizovány.

Největší část respondentů (12) uvedla, že v rámci magisterského studia nedostali příliš nových informací, považovali výuku z větší části za opakování učiva z bakalářského studia. Deset osob nevidí žádný rozdíl mezi oběma úrovněmi, jiných deset pak naopak vnímá magisterské studium jako rozšiřující znalosti, které získaly v rámci studia bakalářského. Devět respondentů považuje bakalářské studium za základ pro praxi, magisterské pak spíše jako doplňkové vzdělání. Pět osob ocenilo, že po absolvování magisterského studia došlo ke zvýšení jejich finančního ohodnocení v zaměstnání, dva získali pozici „adiktologa“, respektive se jim v zaměstnání zlepšilo pracovní postavení, další tři si myslí, že s Mgr. titulem mají celkově vyšší možnosti uplatnění. Tři respondenti považují bakalářské studium za náročnější, ale současně přínosnější pro praxi. Dva zaznamenali specifitější zaměření Mgr. studia na výzkum. Jeden respondent ocenil rozšíření výcviku v Mgr. stupni.

### **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Řada respondentů nemá přímou zkušenost se zaměstnancem s kompletním vzděláním v adiktologii, buď se setkávají s absolventy jiných oborů, kteří si během praxe dostudovali bakalářský stupeň adiktologie, nebo mají absolventy bakalářské adiktologie, kteří v současné době studují magisterský stupeň. Rozdíly mezi absolventy jednotlivých úrovní tak nejsou pro zaměstnavatele příliš patrné, odpovědi byly spíše v podobě dojmů, nicméně ve výsledku zpochybných otázkou, čím je růst konkrétního zaměstnance daný – do hry vstupuje přirozený vývoj, věk, zakládání rodiny, absolvování psychoterapeutického výcviku, další kvalifikace či dlouholetá praxe v oboru. Nicméně zmíněné rozdíly je možné shrnout následovně:

- Vyšší sebevědomí u absolventů Mgr. stupně, vyšší jistota a porozumění oboru
- Smysluplnost argumentů – dáno širším přehledem
- Vyšší míra respektu ze strany kolegů

V některých organizacích mají mzdové předpisy, které nezohledňují úroveň vysokoškolského vzdělání, tj. vyšší vzdělání nepřinese zaměstnanci zvýšení mzdy. Jinde jde o silnější argumentační nástroj pro vyjednávání o mzdě, případně to zvyšuje kredit zaměstnance v očích zaměstnavatele. Objevil se také názor, že pro výkon praxe postačí

bakalářské vzdělání, absolventy magisterského studia by si respondenti dokázali představit v manažerské pozici. Byl zmíněn také výhled do budoucna, kdy by měla vzniknout „atestace“ v adiktologii, tzv. klinický adiktolog.

*„U magistra umím si představit manažera sociální služby s adiktologickým programem, že ta kompetence tam je. Není ani tak v té dovednosti, že by znali manažerské dovednosti, ale právě možná v té odpovědnosti za vedení textu, zmapování spektra, když něco zpracovává, má to smysl. Bakalář je spíš víc dělník, toto je manažer a zároveň je vycvičený psát zprávy.“*

*„Bc. poskytuje medicínský základ, je dobře, že hned po bakaláři získá absolvent kvalifikaci a je kompetentní k výkonu profese. Mgr. může přinést rozšíření pohledu, také titul, s čímž možná souvisí vyšší plat. A výhledově bude důležitý pro vzdělání klinického adiktologa.“*

## **Využití znalostí a dovedností ze studia v praxi**

### **A. ABSOLVENTI**

Hodnocení probíhalo na škále od 1 do 5, kde 1 indikuje nejnižší míru využití. Celkem 8,3 % respondentů uvedlo, že ve studiu získané znalosti a dovednosti uplatní v praxi jen málo. Oproti tomu 67,8 % uvedlo, že je využívají naopak ve velké míře. Muži odpovídali ve větším rozsahu hodnot škály, 10,6 % jich řeklo, že znalosti využijí málo (oproti 7,8 % žen), a naopak 73,7 % je využije hodně (oproti 66,3 % žen). Na škále bylo celkové hodnocení využití znalostí a dovedností 3,9 z 5, nebyl rozdíl v hodnocení mužů a žen. Lépe využití hodnotili respondenti starší 40 let (4,25) ve srovnání s respondenty ve věku do 39 let (3,85). Taktéž lépe vnímali využití nabytých znalostí absolventi Bc. adiktologie (4) oproti absolventům pouze magisterského studia (3,4) nebo kompletního vzdělání v adiktologii (3,8). Mezi těmi, kdo během studia pracovali v oboru a těmi, kdo ne, se nevyskytly rozdíly. Celkově hůře vnímali využití znalostí v praxi ti respondenti, jejichž měsíční plat byl méně než 10 tisíc Kč (3,7) oproti respondentům vydělávajícím více (v průměru 3,9), nejvyšší hodnocení udávali ti, kteří vydělávají nad 30 tisíc Kč měsíčně (4-4,5). Objevily se rozdíly v hodnocení dle typu zařízení, v němž respondenti pracují. Nejlépe využití hodnotili ti, kdo jsou zaměstnaní v terapeutických komunitách (5), nejhůře pracovníci ve výzkumu (3,2). Pracující v ústavní léčbě či vězeňství na škále hodnotili 3,7.

Ve vnímání kvality vzdělání získaného studiem adiktologie se mezi absolventy pracujícími v oboru adiktologie a v jiných oborech neukázaly výrazné rozdíly. Nižší hodnocení uvedlo více respondentů pracujících v oboru, shodně ale častěji hodnotili kvalitu studia jako spíše vysokou a vysokou, průměrná hodnota se pohybovala na 3,8, rozdíl však není statisticky významný.

### **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Z výsledků vychází, že zaměstnavatelé nemají dostatek informací o tom, jaké znalosti a dovednosti má absolvent bakalářské a navazující magisterské formy studia adiktologie („Já netuším, mně chybí informace o tom, co adiktolog umí a zná, nedá se to nikde dohledat.“). Informace pocházejí zejména z jejich dojmů, zkušeností s absolventy zaměstnanými v jejich organizacích, případně z doslechu od kolegů z odborné obce. Jednotlivé zmíněné znalosti a dovednosti byly shrnuty do přehledného seznamu.

Co adiktologové umí (dovednosti):

- Zpracovat anamnézu
- Napsat projekt, prosadit ho
- Pracovat s případem, uvažovat o klientovi jako o komplexní osobnosti
- Rychle se zapracovávají, protože rozumí problematice
- Navazovat a udržet kontakt s klientem
- PR, prezentovat svou práci
- Prevenci relapsu, zvládání chutí klienta

- Vést vstupní interview, ví, jak se ptát
- Jednat s ostatními zdravotnickými profesemi, pro lékaře jsou lepší partner
- Nemají z klientů strach, nebojí se s nimi komunikovat (zároveň někdy naopak potíže s vymezením hranic vůči klientům)
- Přistupovat ke klientům bez předsudků
- Vnáší nového ducha do týmu, mají chuť a ochotu věci měnit

Jaké mají adiktologové znalosti:

- Etiologie závislosti, vztahová podstata závislosti, intrapsychické děje
- Představa o oboru, o síti služeb
- Povědomí o psychoterapii a práci s klienty
- Zdravotnické znalosti
- Principy harm reduction
- Informace o návykových látkách
- Porozumění somatickým problémům
- Orientace ve zprávách psychiatrů, v medikaci

### **Chybějící znalosti, dovednosti**

Zaměstnavatelé hodnotili studium adiktologie a jeho absolventy z velké míry pozitivně, někteří explicitně potvrzovali, že jsou spokojeni a nic podle nich absolventům neschází. Jiní přinášeli podněty, co by bylo vhodné, aby absolvent adiktologie měl či uměl, s čím se setkávají v praxi jako s nedostatky.

*„...jsme museli posílat na školení ohledně insolvenční a exekuční problematiky, a to už je specifikum, i když je pravda, že k nelátkové závislosti se to automaticky váže.“*

*„Neuvěřili tomu, že denní stereotypy jsou pro udržení abstinence nutný, to je nástroj sebekontroly a sebereflexe při udržování abstinence. Ty nácvikové věci mají absolventi snahu podceňovat, ta terapie je výš než nácvik. Že to trvá, než si člověk uvědomí, že to je důležitý a že to člověka drží v léčbě a abstinenci, a je jednoduchý se tím klientem nechat se nalákat na těžký témata jako je zneužívání, prostituce, samozřejmě ten příběh je lákavý.“*

*„Mě tam napadá jen finanční gramotnost, a vedení klientů k finančnímu plánování. A psaní všema deseti, dnes se píše tolik zpráv, povědomí o vedení týmu.“*

*„Asi jen můj dojem, ale že jsou tak cílení na toxikomunitu, ale přitom alkoholiků je x krát víc, ta populace, co bere nelegální drogy je minoritní v poměru s alkoholikama, alkoholici jsou pasivní, jsou jiní než toxici, to je úplně jiná klientela. Možná je to i proto, že je těžké sehnat si při škole práci ve zdravotnictví a snazší sehnat v tom sociále, a to se více zabývá toxikomunitou.“*

*„Chybí tam to praktický. To je jako dřív, když psycholog začínal, tak vlastně do té doby nevedl poradenský rozhovor a tady je to podobný.“*

V rozhovorech se často objevilo postesknutí, že absolventi adiktologie nemohou vést psychoterapeutická sezení s klienty, protože nemají hotový výcvik. Při bližší otázce na to, zda by zaměstnavatelé uvítali, kdyby absolvent adiktologie vyšel ze školy a měl hotový výcvik, ukázalo se, že spíše ne, je to věc osobního zájmu a rozvoje.

*„Na tu dlouhodobou a terapeutickou práci potřebují ještě další terapeutické vzdělání.“*

*„Já nevím, zda výcvik vůbec patří do VŠ studia, určitě by to byla přidaná hodnota, ale zároveň nebyl by to plnohodnotný výcvik, byl by to paskvil a jen zkrácená forma. Neumím si představit, kdyby výcvik měl být v bakaláři, jestli by ty lidi nebyli překvapení, jestli ty lidi na to budou zralí, i tak chodí lidi osobnostně nezralí. Výcvik mi přijde jako volba svobodného rozhodnutí.“*

Nicméně posílení psychoterapeutické složky ve výuce, i např. s praktickými ukázkami, by se respondentům zamlouvalo, právě z důvodu, že většina adiktologů se pak v praxi věnuje terapeutickou práci.

### **Postoje**

K postojům jsme zařadili stížnost či obavu zaměstnavatelů z možného pocitu nadřazenosti adiktologů, jejich zkušenosti s tím, že jim schází pokora a respekt ke zkušenějším kolegům, k dosavadním poznatkům a způsobům práce.

*„Jen ten efekt, že když absolvuje školu doktor, tak má v hlavě, že je teprve na začátku, že pak přichází ta nejnáročnější část, je smířenej s tím, že je nic a ví, že si to musí prošlapat. Tenhle efekt u adiktologů není, oni mají pocit, že jsou hotový terapeuti, ale to mladý lidi asi maj. To jsem jenom v hlavě srovnával, ale to bych asi nikomu nevytknul. Že můžou pak bejt zklamaný, ale to je asi efekt všech lidí po škole.“*

*„... začíná se myslet, že adiktologové jsou něco víc, než ti ostatní, a to si myslím, že to by byl průser, ještě tím, jak je to zdravotnický postavený, o ambulancích jsme mluvili, tam by měli dělat adiktologové, ale měla by tam být pokora, neříkám, že to tak není, ale jsou k tomu předpoklady, aby to tak bylo a jak jsem říkal, je to hodně o těch týmech, mně je jedno, kdo je kdo... aby z toho nebylo něco jako doktoři, že si o sobě myslej, že jsou něco víc, to je tou výchovou na fakultě ve smyslu vy musíte vždycky vědět. Aby adiktologové byli korigovaný, že to nesmí převážít to sociální.“*

*„U dvou (adiktologů) jsme se setkali s postojem, že se dívali z patra, že sociální pracovník je pohůnek a oni mistr. Já se pak mohl se domnívat, že jim to ta škola musí dávat nějak pod kůži.“*

*„Nevím, jaký osobnostní typy si vybíraj tuhle školu, že jim to zdravotnictví vyhovuje, ty bílý pláště, to šamanství, ta prestiž, ta nafoukanost je, a fakulta by měla dělat co nejvíc pro pokoru těch lidí, kdyby takhle přišli, tak by slyšeli, že k lidem se mají chovat s úctou, k pacientovi, ke kolegům a ne, že když vyjdu ze školy, že si budu myslet, že jsem lepší, než někdo jinej.“*

### **Doporučení na změny ve studiu adiktologie**

#### **A. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ V OBORU ADIKTOLOGIE**

Respondenti měli možnost vyjádřit, co by si ve studijním programu přáli jinak. Nejvíce, 21 % respondentů uvedlo, že by měli zájem o více praktických nácviků ve výuce. 13 % by uvítalo více praxe, dalších 11 % pak chtělo jiné změny v oblasti praxe (3 osoby méně praxe, 4 by preferovaly praxi v průběhu akademického roku, 2 stojí o dlouhodobé praxe, 2 by uvítaly klinické pracoviště přímo pro jejich odbornou výuku). Také 11 % by stálo o výuku více konkrétních technik. 9,4 % respondentů by si přálo více výuky psychoterapie.

Tři osoby by byly rády, kdyby studium více reflektovalo aktuální změny v oboru adiktologie a tři další respondenti zmínili, že by uvítali méně předmětů, ale vyučovaných obsahově do větší hloubky. Po jedné odpovědi se vyskytly návrhy na potřebu evaluace studia, změnu konceptu navazujícího magisterského studia, více informací ze zdravotnictví a ošetrovatelství, přinést více zahraničních zkušeností, jeden respondent také vyzdvihoval časovou náročnost studia jako podnět pro úpravu. Jeden by stál o doplnění možnosti získat kromě kvalifikace adiktologa ještě další kvalifikaci.

#### **B. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ MIMO OBOR ADIKTOLOGIE**

Na otevřenou otázku reagovali jen někteří respondenti, odpovědi tedy nejsou reprezentativní. Nejvíce, 6 respondentů, by ve studiu uvítalo více odborné praxe, tři další by plnění praxí preferovali v průběhu akademického roku, dva by měli zájem o praxe dlouhodobé,



1 by naopak rozsah praxí zkrátil. Pět osob uvedlo, že by doporučily ubrat počet vyučovaných předmětů ve studijním plánu, a těch méně předmětů vyučovat více do hloubky. Čtyři osoby by stály o více praktických nácviků ve výuce. Po dvou odpovědích měl zájem o to, aby výuku zajišťovali pedagogové, kteří jsou v dané oblasti odborníky. Jeden člověk doporučil, aby studium více reflektovalo změny v praxi oboru. Jeden by stál o zařazení nácviku konkrétních technik, například motivačních rozhovorů či krizové intervence. Jeden zmínil změny v konceptu navazujícího magisterského studia, další kritizoval časovou náročnost studia, kterou by změnil.

### C. ZAMĚSTNAVATELÉ

#### Doporučení pro výuku:

- Více praxe, včetně dlouhodobé stáže v jednom zařízení
- Podporovat studenty, aby byli aktivnější během praxí a projevování svých nápadů a zájmů
- Jinak přeskládat skladbu předmětů (mezi ročníky)
- Více sociální práce ve smyslu sociálního zabezpečení, orientace v sociálních normách (*„v praxi to nefunguje vždy tak, že v každé službě je adiktolog i sociální pracovník, není možnost si klienty posílat“*)
- Zapojení Anonymních alkoholiků do výuky, šířit tento koncept mezi studenty, udělat ukázky
- Nabízet v rámci studia krátkodobý kurz krizové intervence
- „Možná tendovat k tomu, aby to pořád učili lidi, co jsou z praxe.“
- Projektivní techniky
- Nácviky ve skupinách, ve trojicích, s okamžitou zpětnou vazbou, praxe pod supervizí
- Naučit se nenechat se vtahovat do příběhu
- Práce s deníkem, naučit se dávat zpětnou vazbu
- Co je supervize
- Pokora k tomu, že některý postup a přístup je jen jednou z možností, příprava na realitu oboru (jen malá část je ta pěkná práce s léčbou a doléčováním, výsledky nejsou rychle viditelné...)
- Dbát na to, aby studenti znali zákonné normy, kterými se služby řídí
- Práce s hranicemi
- Práce se specifickými skupinami klientů, zde zmínění především gerontologičtí pacienti

Je patrné, že nejvíce se respondenti vyjadřovali k rozsahu a obsahu odborných praxí studentů, rádi by viděli ve výuce co nejvíce praktických nácviků a méně teorie. Vyskytly se i náměty ze strany samotných organizací, které by měly zájem participovat ve výuce ve smyslu spolupráce s fakultou, ať zajištěním kvalitních praxí, či nabídkou realizace závěrečných prací studentů.

*„... jestli by ta výuka mohla být interaktivní, ještě víc nácviková, prostě víc praktická na úkor teorie, kdy to ty lidi učí přemýšlet a zkoušet si ty věci, než se je učít nazpaměť.“*

*„Mám obavu, nakolik jsou funkční ty praxe, to teda jako, jedna věc je je absolvovat, druhá věc je, reálně jak moc maj možnost si něco vyzkoušet, jak moc se jim věnujou na těch praxích, kolik ten adiktolog dostane nebo jestli ho tam někde posaděj...“*

Očekávání od adiktologů jsou značná, objevily se však i názory, kdy zaměstnavatelé očekávají základní teoretickou výbavu, ale preferují praktické proškolení až v praxi.

*„Jak se nám nehlásí moc lidí, tak přemýšlím, že hrozně málo lidí nás oslovujou s diplomkou nebo takhle oslovujou nás v momentě, když už si něco nalajnovali a potřebujou mít do měsíce vyplněný dotazník, ale oslovení s nějakým zadáváním tématu, nebo co by šlo, že by bylo*

sladěno, se nám hodilo to ne, a zároveň to ve škole bude průchozí, protože to toho člověka uvidíme v mnohem delším úseku než na týdenní stáži.“

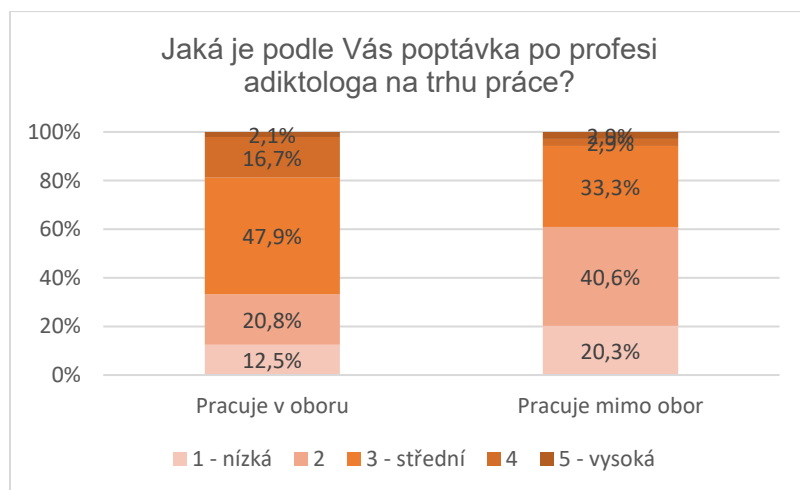
„Škola připravuje absolventy, rozvíjí se taky, že jo, Bc., Mgr., Ph.D. studium, ale je málo angažovaná v tom, co se děje dál, právě v té uplatnitelnosti, praktičnosti, ale možná je to tak správně, takže často se ukazuje ČAA to dělejte vy, ale tahle parta dobrovolnických spolků..., to jsou velké věci, systémový, ať úhrady z pojištění nebo specializační, atestační příprava a mně přijde, že v tom je malá propojenost nebo malá akceschopnost, což mě trochu děsí, protože si myslím, že pokud tady ročně produkuje desítky profesionálů, tak bych se měl víc starat nebo minimálně spolupracovat na tom s dalšíma, co budou dělat dál, jak bude probíhat praxe, ten výkon té profese.“

## 6.5 Aspekty profese adiktologa v praxi

### Poptávka po profesi adiktologa

#### A. ABSOLVENTI

Statisticky významný rozdíl je patrný při subjektivním hodnocení míry poptávky po profesi adiktologa na trhu práce (škála 1-5, od nízké po vysokou), kdy absolventi nepracující aktuálně v oboru hodnotí poptávku jako nižší (průměrně 2,28) oproti těm, kteří mají zaměstnání v oblasti adiktologie (průměrně 2,75) (procentuální rozdělení ukazuje graf č. 13).



Graf č. 13: Poptávka po profesi adiktologa dle absolventů pracujících v oboru adiktologie a absolventů pracujících v jiných oborech (na škále 1-5)

#### B. ZAMĚSTNAVATELÉ

Respondenti se dělili do dvou skupin, podle převažujícího názoru na poptávku po adiktologích, ať v jejich organizaci, či obecně v oboru, jak se například doslechnou od kolegů či v odborné obci. Jedni potvrzovali, že poptávka je výrazná, obecně i vzhledem k rozvoji specializovaných adiktologických ambulancí, případně reformě psychiatrické péče. Ruku v ruce se zájmem o profesi adiktologa jde informace o jejich nedostatku.

„Měli jsme inzerát 2 roky a nic. Aktuálně nabízíme plat a velké benefity, abychom lidi získali. Adiktolog je potřeba.“

„My už dlouho máme inzerát, přes rok. A nikdy se nám nikdo nehlásil. I když jsem se ptala, tak nikdo neměl zájem jít z Prahy pryč.“

*„U nás v organizaci je už několik let vysoká a klidně bych další přijal, kdyby byli, takže mi chyběj a jsou lokality, kde chyběj dlouhodobě. Lidi nejsou ochotní dojíždět. Tak ten problém je v celém zdravotnictví, ale rozdíl je, když shání nemocnice mimo Prahu lékaře, tak mu dá vstupní benefit 100 000,- Kč a služební byt, nebo mu nabídnou vyšší mzdu, a tím je motivují, ale v adiktologii to zatím není zvykem.“*

*„Zatím je vysoká a co bude, až se trh nasytí, já si myslím, že jednou se to nasytí a že ten adiktolog má nevýhodu, že je docela úzce zaměřený, psycholog může dělat cokoli, doktor taky, sestra. I když dělá celý život na závislostech, tak může jít na internu, pořád je doktor.“*

*„My jsme si svou poptávku splnili tím, že jsme si je vyslali na studium, my jsme tu poptávku po nich měli, nikdo se sem nehlásil, tak jsme si je vyslali.“*

Druzí se přikláněli spíše k názoru, že poptávka po profesi adiktologa cíleně není, jak již bylo zmíněno výše, zaměstnavatelé hledají zejména kvalitní pracovníky, nehlédě na typ vzdělání, které mají. Respondenti připomínali i historii oboru, kdy zde profese adiktologa neexistovala, a jeho roli plnili odborníci z jiných profesí. Pokud by si tyto konkrétní zaměstnavatelé vybrali adiktologa, bude to z důvodu jeho připravenosti a jakéhosi předvýběru pro obor, když si zvolili úzce zaměřené studium, a předpokládají, že díky tomu bude míra fluktuace adiktologů v zařízení pravděpodobněji nižší.

*„Myslím si, že v tuhle chvíli není tak velká poptávka na to, kolik je asi absolventů oboru.“*

Zaměstnavatelé vypočítávali jednotlivé služby terapeutického kontinua či cílové skupiny a podle toho shrnovali, zda je v nich adiktolog uplatnitelný či nikoliv. Byly zmíněny i služby či cílové skupiny, které nejsou primárně adiktologické, ale podle zaměstnavatelů by se v nich adiktolog vhodně uplatnil též. Příklady zahrnují oblasti domácího násilí, poruch příjmu potravy, lékové závislosti.

*„Podle mě je adiktolog uplatnitelný v KC, v doléčováku, ale do nemocnice nezapadá. Je to prostě umělé vytváření místa, které tu nebylo, fungovalo to i bez adiktologa. A teď bychom ho museli včlenit do systému a ubrat si zdravotní sestry. Ale poptávka asi je, po těch motivovaných a se zájmem o obor. U nás ale psychoterapii stejně vedou psychologové.“*

*„... velký prostor pro uplatnění adiktologů je v oblasti vězeňství, práce s kuřáky a v oblasti nelátkových závislostí.“*

*„Pole primární prevence je krásný prostor takřka zcela nevyužitý v podmínkách českého zdravotnictví.“*

Co by mohlo poptávku po adiktologizaci zvýšit:

Spolu s otázkou na míru poptávky jsme se dotazovali i na případné možnosti, jak pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie zvýšit, případně respondenti své návrhy zmiňovali plynule, v návaznosti na úvahu, co by pomohlo jejich organizaci, aby mohli adiktology zaměstnat.

- Úprava legislativy (zejména zákonů č. 108/2006 Sb. a č. 96/2004 Sb.)

*„...pro registrátory sociálních služeb je adiktolog pracovník v sociálních službách, nesplňuje ten status, tudíž některé organizace si raději vezmou Bc. se sociálním vzděláním a adiktologa odsunou. Asi by to chtělo víc zatlačit na ten zákon a poukázat tady na to...“*

- Rozhraní/začlenění adiktologa jak do zdravotnických, tak do sociálních služeb

*„Rozhodně je schizma v tom, že existuje obor adiktologie, sociální služby jsou adiktologické, jsou zdravotní, v kombinaci, nějaký koordinační orgány, kde by adiktologové měli být. V těch vrcholných místech, kde se mluví o plánování a síti služeb, tak tam adiktologové nejsou. Na obcích by měli být adiktologové, zase tam jsou lidé, co mají sociální oblast na starosti, a zároveň tu adiktologickou část. Takže pokud se nezačnou měnit i tyhle věci, tak systém bude doplácet na fungování.“*

- Kampaň pro veřejnost, zvyšovat povědomí veřejnosti o tom, že závislost je nemoc, a že existuje adiktolog a co dělá („pokud nerozumí laická veřejnost, tak je to proto, že nerozumí odborná veřejnost“)
- Aby adiktologické ambulance nebyly registrované výhradně jako zdravotnické, ale i jako sociální, aby tam mohl pracovat multidisciplinární tým a bylo možné čerpat na službu i dotace
- Rozšíření kompetencí - ošetřovatelství, odběr krve, podání léků (pak by mohli nahradit zdravotní sestry či psychology)
- Lépe bodově ohodnocené adiktologické výkony
- Odstranění/zmírnění povinnosti indikace psychiatra pro adiktologické výkony, případně alespoň pro některé

*„Mně by to přišlo kontraproduktivní, když už mám dát indikaci, tak já ho musím vyšetřit. Ta psychiatrická indikace k těm výkonům je velká překážka. Navíc by to byla překážka i vejš, on ten špitál je ekonomický zařízení a když by byl větší výdělek, když to udělá psychiatr, tak samozřejmě, že by to chtěli vyždímat z nás a ne najímat někoho jiného.“ Stírá to snadnost vstupu do kontaktu: „Představte si to, i z pozice pacienta, kterej přichází na internu kvůli žlučníku a v rámci nějakého screeningu vyplní dotazník a ošetřující lékař mu řekne, bylo by pro vás dobrý, kdybyste si šel poslechnout tuhle přednášku, ale než byste si mohl poslechnout přednášku, jděte k psychiatrovi.“*

*„Toho psychiatra bychom se rádi zbavili, psychiatr to je extrémně nedostatkový zboží, zvlášť mimo Prahu, ten obor je vykastrovanej tímhle tím, dohledem psychiatrů. Do budoucna by určitě bylo lepší, aby měl klinický adiktolog stejný pravomoce jako psycholog a nepotřebovat za sebou psychiatra. Klinický psycholog také nepotřebuje psychiatra a může s tím zacházet, taky ví, že nemá dávat diagnózu, může s tím zacházet, aniž by potřeboval dalších 0,2 nebo kolik úvazku psychiatra.“*

*„Je to takový paradox, když už je to 5letý a Mgr. titul, tak už aby se taky něco dalo dělat i bez indikace psychiatrů.“*

*„... že třeba někdy, až s tím člověkem budu mít dlouho navázáno jako adiktolog, až v tu chvíli budu mít povinnost ho nechat vyšetřit u psychiatra... Pak by se dalo uvažovat o adiktologických ambulancích de novo, nezávislých a životaschopných místech.“*

- Podařená transformace psychiatrické péče, vytvoření nových pracovních míst

*„Budou ještě perspektivní. Pokud se podaří obor v některých směrech transformovat jako psychiatrii, jestli vzniknou centra, multidisciplinární tým v ambulanci, a bude se klást důraz na case management ambulantní, než člověk půjde do ústavu, tak tam to bude velká poptávka, protože oni jsou velmi levní pracovníci ve srovnání s doktorem a maj ten přehled a ten case management budou dělat líp...“*

- Dvojitá kvalifikace po dokončení studia

„Ještě fantazie, když vyleze adiktolog a sociální pracovník zároveň, tak mu to otevře dveře i jinak než do adiktologických služeb, např. azyláky, NZDM, hospici, domovy ze zvláštním režimem, ty mnohdy oceněj, a čím dál víc budou oceňovat člověka, který se v závislostech vyzná.“

### **Vysoká míra zaměstnanosti, nedostatek adiktologů v krajích**

Sběr dat byl realizován v době, kdy v ČR byla rekordně nízká míra nezaměstnanosti a vysoká míra zaměstnanosti. V oboru to s sebou přináší především nedostatek kvalitních uchazečů o zaměstnání, a spolu s širokými možnostmi absolventů také nedostatek adiktologů v krajích mimo Hlavní město Prahu.

„My jsme v regionu, kde si nemůžeme vybírat, zaměstnanost je na vysoké úrovni, my tu s tím hrozně bojujeme, snažíme se mít tým multidisciplinární, ale nejsou lidi. Finance by byly, my jsme se v tomhle posunuli a nabízíme hezký peníze, taky ta práce není jednotvárná, ale ty lidi fakt nejsou a je doba, kdy si lidi můžou vybírat a vybírají si a podle toho to vypadá.“

„A doba je taková, že vyvěsíte inzerát, uděláte i nábor ve školách a dostáváte se do fáze, kdy tu sedíte, 4 lidi vám potvrdí výběrové řízení a nepřijde nikdo. Já jsem fascinovaná, že nikdo nepřijde, ani nepošlou SMS a už vás v životě nekontaktují, nevíte, proč nepřišli. Když jsem nastupovala já do služeb, to bylo o něčem jiném. Nás bylo asi 15 na jedno místo, to se vybíralo.“

„No on je velkej nedostatek těch odborných pracovníků. Jak teď přestala být vysoká nezaměstnanost, tak to začíná být velkej problém a myslím si, že to vidí i vláda, protože včera schválili navýšení až o 20 %, protože my přestáváme být konkurenceschopný. Když jsem dřív dala inzerát, tak mi přišlo třeba 10-20 lidí a teď mi přijde 1-2, a z toho jedna se dostaví a pak ještě řekne, že to dělat nechce. Takže tohle je opravdu problém.“

### **Vykazování adiktologických výkonů zdravotním pojišťovnám**

#### **A. ABSOLVENTI**

Z těch, kdo vykazují pojišťovně, je více absolventů Bc. studia (89,5 %) než Mgr. studia (68,4 %). Tabulka č. 33 zobrazuje charakteristiky těch respondentů, kteří adiktologické výkony vykazují a těch, kteří tak v současné době nečiní.

<b>VYKAZUJE</b>	<b>NEVKAZUJE</b>
73,7 % osob s pozicí adiktologa	46,8 % osob s pozicí adiktologa
37 % osob s praxí v délce 1-2 roky, shodně 26 % s praxí 2-5 a 5-10 let	44,2 % pracujících v NNO
52,6 % osob, které v daném zařízení pracují 1-2 roky	39 % osob pracujících v sociální službě
52,6 % osob pracujících v ambulantní léčbě	30 % osob pracujících v KC
26,3 % osob pracujících v ústavní léčbě	20 % osob s praxí v oboru do 1 roku
16 % osob pracujících v substituční léčbě	
63,2 % osob pracujících ve zdravotnické službě	
95 % pracujících na HPP	

Tabulka č. 33: Charakteristiky respondentů, kteří vykazují adiktologické výkony a těch, kteří nikoliv

Otázku jsme rozšířili o možnost uvést odpověď „ne, nevykazujeme, ale usilujeme o to“. Pak z těchto respondentů bylo 87,5 % těch, kteří mají ve smlouvě uvedenou pracovní pozici adiktolog, shodně 37,5 % těch, kteří mají praxi v oboru 5-10 let a více než 10 let. Naopak

nejvíce z těch, kdo o vykazování pojišťovně neusilují, bylo respondentů ve věku do 29 let (64 %).

## **B. ZAMĚSTNAVATELÉ**

Ze zkoumaného souboru mají v současnosti tři organizace uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami na poskytování zdravotní adiktologické péče v adiktologických ambulancích.

V té souvislosti jsme se dotazovali také na zájem provozovat adiktologické ambulance a zkušenosti s jejich fungováním. Jeden respondent se zmínil o spokojenosti s tímto konceptem, další zmínil praktickou výhodu: „Velká výhoda ambulance oproti kontaktnímu centru je, že to je akceptovatelný pro soudy, pro probačku, pro tady ty úřady. Má to jiný zvuk než to káčko.“ „Je pro nás výhodou mít zdravotnické služby, zaměstnávat adiktologa, protože to je typ příjmu, který je stabilní a není odvislý od komunitního plánu.“

Jiný se pokoušel prosadit, aby ambulance fungovala, zatím neúspěšně: „Já přemýšlím, pojišťovna s náma neuzavřela smlouvu, jestli to vůbec chcem, jestli ty náklady a to všechno ve finále není prodělečný, když vidím ten spotřebovaný čas, náklady, další dokumentace...“.

Jedna z těch, které zatím tuto péči neposkytují, uvažuje o zřízení adiktologické ambulance, jiná naopak zmiňuje, že ambulanci nepotřebují, protože vykazují péči jinými způsoby. Případně mají zatím ambivalentní postoj, zejména vzhledem ke zmínce, že si adiktolog v ambulanci na sebe nevydělá: „Já si nejsem jistá, zda to bude výhra smlouva s pojišťovnou, mám pocit, že to přináší řadu ohrožení, celej úvazek to neuživí ty výkony v ambulanci, a když budu dělit ten úvazek...“

Jde o nový koncept, VZP v současné době vyhodnocuje dvouletý pilotní projekt, který byl realizován v sedmi organizacích, nicméně zatím je patrná určitá skepse, zejména k neznalosti uplatnění adiktologické péče, k výši bodového ohodnocení výkonů a absenci některých pro praxi významných výkonů.

„Já bych musel vymyslet, jak přesvědčit nemocnici, že adiktolog se tu nejen užívá, ale i vyplatí, což by někde šlo a že by ho měla zaměstnat, což by asi šlo, třeba ten preventivní program by měl pro nemocnici nějaké zisky, ta kontaktní skupina už je asi činnost spíše bohulibá, než výdělečná, ale třeba mám blbou představu, třeba ty kódy budou hodnoceny extra dobře.“

„Ty prachy nejsou žádný senzační, co vykazuješ pojišťovnám, v podstatě se to za to nedá provozovat. Velkou ambulanci, kde budeš mít 4 lidi a budeš si moct dovolit, že ti tam jeden za den bude bouchat 6, 7 klientů, tak to utáhneš. Ty limity jsou hrozně debilně postavený, oni neodpovídají tomu, co ten pacient potřebuje. Kdybychom si řekli, máme indikovanýho pacienta, budeme ho léčit a vezmeme, jaký objem nám dává pojišťovna k dispozici, tak to není možný poskytnout kvalitní péči.“

„Adiktologům chybí výkon krizové intervence.“

## **Česká asociace adiktologů (ČAA): zapojení a spolupráce**

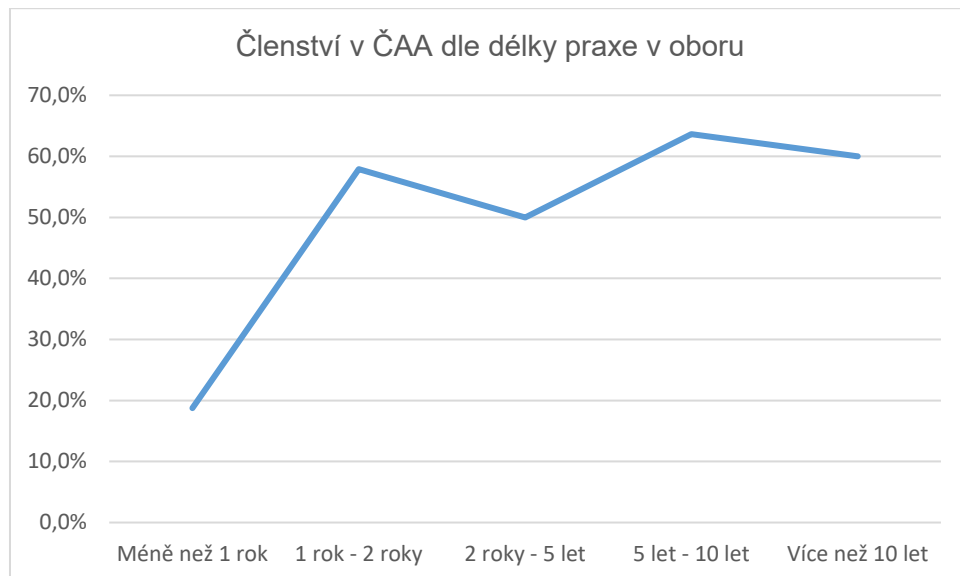
### **A. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ V OBORU ADIKTOLOGIE**

Ze všech respondentů, kteří pracují v současné době v oboru adiktologie, je 51 % členy ČAA, není rozdíl mezi muži a ženami. Ve věkové kategorii respondentů 30-39 let bylo vyšší procento členů (62,5 %) než těch, kteří členy nejsou. Výrazný rozdíl jsme zaznamenali u absolventů pouze navazujícího Mgr. studia, ti jsou členy pouze ve 12,5 % případů, oproti tomu absolventi kompletního vzdělání v adiktologii jsou členy v 63,4 % případů.

Objevily se rozdíly v členství dle ročníků dokončení bakalářského studia, kdy v letech 2008-2013 (s výjimkou roku 2012) bylo vždy více absolventů členy ČAA, a v letech 2014-2016 byl poměr opačný. Stojí za úvahu, jakým způsobem je členství v asociaci propagováno, jak jsou

absolventi informováni a motivováni do ní vstoupit. Podobný výsledek je patrný u absolventů Mgr. studia, kdy ve všech letech bylo více absolventů členy ČAA, s výjimkou roku 2016, kde členy bylo pouze 29 % respondentů.

Více členů bylo mezi respondenty, kteří pracovali v oboru již při studiu adiktologie, ať na plný úvazek (54,5 %) nebo na částečný úvazek (63,6 %). Ti, kdo v oboru nepracovali, jsou členy ve 45,5 % případů. Členství roste s délkou praxe v oboru, viz graf č. 14.

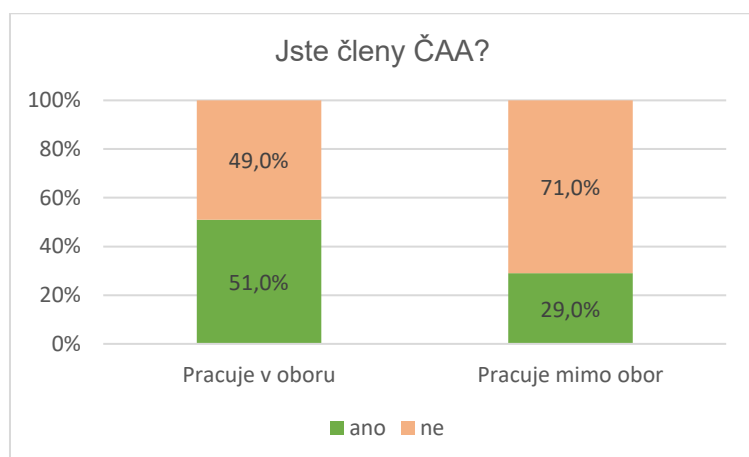


Graf č. 14: Členství v ČAA dle délky praxe v oboru adiktologie

Méně pravděpodobně se do asociace zapojí ti, kteří jsou zaměstnaní ve výzkumu, vězeňství, protidrogové politice, městském úřadě či státní správě, tedy ti, kdo nevykonávají adiktologii v klinické praxi. Taktéž méně často byli členy ti, kteří pracovali na pozicích psycholog, zdravotní sestra (54 %), sociální pracovník, výzkumník či terapeut.

## B. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ MIMO OBOR ADIKTOLOGIE

Platí, že většina respondentů, kteří nejsou aktuálně zaměstnaní v oboru adiktologie, nejsou členy České asociace adiktologů. Z těch, kdo si primárně hledali práci v oboru, není členem 70 % osob, z těch, kdo nehledali práci v oboru, není členem 71,8 % osob. Taktéž u respondentů, kteří v minulosti v oboru pracovali, není členství obvyklé, členem není 72,4 % osob. Existuje však statisticky významný rozdíl mezi pohlavími, kdo je členem ČAA. Muži jsou členy v 66,7 % případů, oproti 25,4 % žen.



Graf č. 15: Členství v ČAA, srovnání absolventů pracujících v oboru adiktologie a v jiných oborech

### C. ZAMĚSTNAVATELÉ

Zjišťovali jsme, zda organizace spolupracují s Českou asociací adiktologů, případně jakou formou, a také jak vnímají její postavení v oboru adiktologie.

V sedmi případech jsou zaměstnanci (zejména adiktologové) členy ČAA, někde i samotný zaměstnavatel je členem, přestože nemusí nutně být adiktologem („*Spíš jak máme tu ambulanci, tak abych byl v obraze.*“). Pouze jeden respondent uvedl, že o existenci ČAA nevěděl. Jeden respondent s asociací nijak nespolečně pracuje. Ostatní zmiňovali spíše její funkce a roli v oboru. Ta se týkala prosazování zájmů profese adiktologa, především lobbingu za vznik adiktologických výkonů, akreditace, informování o aktualitách v oboru.

*„Já jsem víc zaznamenala, když se definovaly ty úkony, v tom vnímám velkou roli, bez asociace by se to vůbec nestalo. V takový tý každodenní praxi o nich nic nevím.“*

*„Nevím, jak se daří prosazovat zájmy profese, třeba to zařazování do platových tříd.“*

Podle jednoho respondenta nemá ČAA váhu pro Ministerstvo zdravotnictví, protože jde o profesní asociaci, nikoliv o odbornou společnost. V tom může být složitá role asociace např. při vyjednávání ohledně legislativních změn či koncepce adiktologických služeb. Podobné podněty vyjádřili i další respondenti: „*Kdyby si na adiktologa někdo stěžoval, tak si myslím, že to by měla být instituce, která by dokázala svého člena obhájit. Nevím, zda členství máte povinné. Mně přijde dobré být členem ČLK, je to instituce, která za mnou může stát, kdybych to neměla, tak jsem osamocená. Adiktolog by možná měl být povinně členem. Komora garantuje veřejnosti, že má do činění s kvalitním pracovníkem.*“ „*Nemyslím to zle, ale není to odborná společnost. Já bych byl rád, kdyby se SNN transformovala, aby byla atraktivní pro všechny skupiny a stala se zpátky odbornou platformou, nejen pro lékaře.*“ *Co je problém, že to je neprofesionální organizace, tím že nemá rozpočet, nemá hrazený personál, všechno dělá ve volném čase, tak má limity, toho jde stihnout hrozně málo.*“

*„Já vnímám jeho (Ondřeje Sklenáře) velkou aktivitu, on se tím nechlubí, ale je to hlavně jeho a ČAA zásluha. A jsou aktivní na Adiktologickém fóru i v různých skupinách. Je to útvar, který žije a jde si po svých věcech. Asi je na místě, že, z mého pohledu, tlačí adiktology víc do zdravotnictví. My tam děláme tu sociální protiváhu, asi abychom dosáhli společného zdravotně-sociálního cíle.“*

*„Vystupuje i co se týká Asociace poskytovatelů sociálních služeb, teď mají i svou vlastní pracovní skupinu, to vnímám hodně pozitivně a vidím tam potenciál, protože my jako sociální služby zároveň, tak je to pro nás důležitý, aby nás tak lidi začali vnímat, aby nás neházeli do jednoho pytle, nemůžeme se srovnávat se stacionářem a domovama, a myslím, že touthle intervencí a dáním najevo, co je pro nás to gró, pro služby je super, v tom vyznamenávám tu aktivitu nejvíc.“*

*„To, že je ten pilotní projekt VZP a výkony, i když je to třeba takový, to si myslím, že je skvělý a přelomový a historicky to do toho zdravotnictví patří a vždycky bude patřit a myslím, že to je správně, to je ohromný posun, je to něco nového.“*

### **Multioborovost, transdisciplinarita oboru adiktologie**

#### A. ZAMĚSTNAVATELÉ

Studijní programy adiktologie i samotný obor (jak např. vymezují i Standardy odborné způsobilosti) jsou postavené na transdisciplinárním přístupu k člověku, závislosti i její léčbě. Multioborovost by se měla odrážet i v praxi přímé práce s klienty. Někteří respondenti však vnímali univerzálnost adiktologa, případně jeho zdravotnickou kvalifikaci, jako překážku, spíše než výhodu. A upozorňovali na riziko paradoxního odklonu od multidisciplinarity.



*„Víc se dnes hodí, když tým je multifunkční. Ten univerzál není, jak se prezentuje adiktolog, není to nejlepší, lepší je ta skladba v týmu.“*

*„Myslím, že musí být jasný, že adiktolog je jeden z členů multidisciplinárního typu, i v tý ambulanci. To, co může nastat a děje se to, že fakulta chrlí pracovníky, ty se chtějí uplatnit, je jich čím dál víc, máte svou asociaci, to je trend, že to narůstá...“*

*„Tenkrát adiktologie fungovala takhle, a teda vlastně máme obavu, že to je proti multidisciplinarity, když jen někdo má právo něco dělat a vykazovat. Adiktolog přichází s tím, že umí všechno. Nám se zdá, že z multidisciplinárního týmu se udělal jeden multidisciplinární člověk, jeden jedinec a to je nebezpečný poselství, zvěst, která adiktology provází. My jsme takto univerzální vojáci, my vás nepotřebujeme, my, když sem přijdeme, tak vás časem všechny vyhodíme.“*

*„Nejlepší by bylo dobře se domluvit na tom, kde je ten pevný plot, protože dobré ploty dělají dobré sousedy, a to bysme byli ochotni i pomoci, aby se něco vymohlo, ale když máme pocit, že se to chce pozdravotničit, tak tomu nebudeme přece pomáhat.“*

### **Vymezování adiktologa vůči jiným profesím**

Objevila se přirozená tendence zaměstnavatelů srovnávat adiktology s jinými odborníky, s profesionály s jiným vzděláním, především se sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, případně psychology a lékaři. Zkušenosti s těmito profesemi, které v oboru adiktologie působily historicky a stále v nich mají své nezastupitelné místo, vytváří jakýsi parametr, vůči kterému vymezujeme kvality a nedostatky.

*„Je tam trochu i nevraživost mezi jinejma oborama, obava až panika. Ta výbava (adiktologů) je nadstandardní a je to poznat. Ta obava je tam přirozená.“*

Jeden z respondentů – lékařů podpořil profesi adiktologa tím, že se kriticky vymezil vůči psychiatrii, která „pustila“ problematiku kouření. Ta je nyní v rukou lékařů internistů, kteří jediní mohou vykazovat výkony spojené s léčbou závislosti na tabáku. Přitom závislost na tabáku je standardně diagnózou patřící do kategorie F MKN 10, neexistuje tedy důvod, proč ji vyčleňovat z psychiatrických poruch, respektive poruch, kterými se zabývá profese adiktologa. Respondent zároveň vyjádřil obavu, aby se podobný proces nepřihodil adiktologům, upozornil na to, že problematika kouření spadá do jeho kompetencí a měl by se jí zabývat.

### **Zdravotní sestra x adiktolog**

*„Sestra je nenahraditelná, zatímco adiktolog je nahraditelný sestrou, tak sestra adiktologem ne, ty tabulky jsou tak hloupě postavený.“ (v tabulkách pojišťoven pro personální zajištění)*

Tento názor se objevoval častěji, také jako jeden z důvodů, které vedou k nepřijetí adiktologa. Nicméně informace od zaměstnavatelů, především z oblasti zdravotnických služeb, se liší v některých zásadních skutečnostech. Pravděpodobně si sami vykládají daná nařízení a postupují spíše opatrně. Objevil se názor, že sestru je možné v provozu nahradit adiktologem jen tehdy, když zůstane pod jejím dohledem. Další respondent však o tomto nehovoří, popisuje situaci následovně:

*„Úvazek všeobecné sestry může být nahrazen v rozsahu 1,0 adiktologem. Vlastně na 30 lůžek je potřeba 6, vlastně 7 sester a jednu z těch 7 je možný nahradit adiktologem, 6 sester bez dohledu, takže 1 sestra bez dohledu může být nahrazena adiktologem, dle těch tabulek, které jsou pro nás důležité pro pojišťovnu, to je nepodrobně zajištěný, ale těžko si představit, že bychom měli nějak dramaticky víc personálu, to bychom je nezaplatili, takže 1/6 je možné nahradit.“ (R7) Další respondent informaci doplňuje: „Ty minimální požadavky bohužel nejsou*

optimální, jsou nastavený tak, aby to byl minimální počet personálu, při kterém to zařízení může fungovat, ale nezvažuje se tam potřeba terapeutická.“

„Podle mě by každá zdravotnická instituce věnující se léčbě závislosti měla zaměstnávat určitý počet adiktologů na určitý počet lůžek. Existuje vyhláška o personálním vybavení, ale nevím, zda se tam vyskytuje adiktolog. Uvažovala bych, zda je personální obsazení dostatečné. Je to vyhláška 55, o následné péči, akutní péči, kolik pracovníků, a je tam myslím napsáno, že je požadavek na zdravotní sestru anebo adiktologa a to mě zvedá ze židle, není možné porovnávat zdravotní sestru a adiktologa, nikdo si nedovolí srovnávat zdravotní sestru a psychologa, to se mi nelíbí. Vadí mi, že podle legislativy je nadřazeným adiktologa náměstek pro nelékařské obory. U nás je to tak, že psychologové spadají pod náměstka pro lékařské. Primář má na starosti psychology, ale adiktology má na starosti sestra.“

Bylo patrné, že pokud by adiktologové měli kompetence, které mají zdravotní sestry, zejména podání léků a odběr krve, pak by byli v praxi žádanější. Zároveň by tím hrozilo riziko, že zdravotní sestry z adiktologických služeb zcela zmizí.

Sociální pracovník x adiktolog

„Sociální pracovníci se dobře infiltrují, jsou takoví typický terénní pracovníci, umějí navázat kontakt, až bezhraničně, adiktologové jsou takoví, co drží štábní kulturu, spíš na vysokoprahový trh práce, adiktologa bych nechtěl pustit do terénu měnit stříkačky. U nás ne, je to nedostatek a vidíme ho v roli vedení případu, buchny může měnit pracovník v sociálních službách. Může udělat intervenci, ale klienti potřebují intervenci v nějakým předrozsudkovým řízení, oddlužení. Je potřeba je mít víc v té pevné části, papírování, v kontextu nahlížení motivace ke zvládnutí těch věcí, kdežto v terénu by své schopnosti, dovednosti nevyužil. I terén může mít víc prahů, od etnik, po duální diagnózy. A to je vyšší dívčí, tam by adiktolog možná mohl.“

„My ho bereme jako páteho do party a je jedno, zda se přihlásí adiktolog či psycholog. Takhle, určitě, kdybychom hledali sociálního pracovníka, tak ho asi nebudeme brát, to mě napadá, a nevím, jestli je to dobře, ale když chceme, aby dělal sociálního pracovníka, tak bysme asi nevěřili tomu, že je stejně připravený jako ten, kdo to studoval pět let. Roli hraje taky osobnost i to, jak to ten šéf má nastavený, ale tam by mohl být v nějaký nevýhodě, ale to by byla čistě ta pozice sociální práce.“

„Sociálního pracovníka bych si nevybrala na místo terapeuta; kdybych si měla vybrat mezi psychologem a adiktologem, vybrala bych si psychologa, protože ten může zároveň dělat i diagnostiku, což adiktolog nemůže. Kdybych si měla vybrat mezi adiktologem a sociálním pracovníkem, vybrala bych si adiktologa, protože ten aspoň ví něco o závislostech, o psychických poruchách, medikaci, substituci, nemusela bych mu všechno vysvětlovat, vzala bych si toho. A kdyby měl adiktolog stejné kompetence jako sestra, vzala bych si ho také raději, protože už má pojem o tý závislosti a psychických nemocech, což ty všeobecné sestry mají povědomí jen okrajově, ale musel by mít stejné kompetence.“

### **Souboj profesí: „komu patří závislosti?“**

Kromě porovnávání a vymezování jednotlivých profesí se objevovaly i komentáře týkající se jakýchsi soubojů mezi profesemi o to, „komu patří závislosti“ a kdo patří do adiktologických služeb.

„Já ty boje zaznamenávám, prvně bojovali doktoři, měli strach, že přijdou o tu svoji pozici, pak řekli, že doktorů je málo, s atestací návykové nemoci je vůbec málo, tak se stáhli a řekli dobře, aspoň nebudu potřebovat tolik doktorů. Kdyby jednoho nahradil adiktolog a mohl udělat příjem, to bych byla ráda. Pak začali bojovat psychologové, boj se sestrama jsem nezaznamenala.“

*„Já jsem zatím ráda, že „nám adiktologové berou práci“, pacientů je hrozně moc, a v podstatě ta dostupnost psychiatrických ambulancí je pro ně nízká a v okamžiku, kdy to může fungovat, že doktor bude zadavatelem péče třeba 1x týdně, tak ta léčba dává daleko větší smysl. Zatím to jako konkurenci nevnímám, nevím, jak by to vnímali lékaři, co mají AT, jestli by v tom vnímali konkurenci, my zatím ne.“*

*„... já měl pochybnost, že nevím, co budou dělat adiktologové a pro sebe jsem vyjádřil spíš obavu, že kdybych pak někde dělal v ambulanci s adiktologem, jestli bych nebyl jen strojem na razítka, to by se mi taky nelíbilo. V tom je ambivalence, kdyby tu byli adiktologové na psychoterapii, což nevím, jestli mohou, ale nic jim nebrání, aby měli psychoterapeutický výcvik, řekněme že můžou, ale mě by asi nebavilo dělat práci jen formální, lékařskou, jen papírování. Tam si můžeme konkurovat.“*

*„U všech profesí to studium adiktologie je až postgraduální, trvá, než se k té adiktologii člověk dostane, kdežto adiktolog je hned po škole specialista hned na té úrovni. Před lety se to hodně protlačovalo, že adiktologové budou dělat tohle a tohle, a to pouráždělo ostatní profese, a možná to trochu zastavilo tu cestu, psychologové jsou naštvaní, že nemají cestu, jak si dodělat vzdělání v adiktologii, lékaři mají atestaci a psychologové nic takového nemají.“*

Nicméně vzhledem k výše uvedené části věnované požadavku na multidisciplinaritu je vhodné více společně diskutovat, vymezit kompetence každé z profesí a hledat body, kde se jejich zájmy protínají a mohou tak být využity ve prospěch společných klientů/pacientů.

### **Další vzdělávání**

#### **A. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ V OBORU ADIKTOLOGIE**

Nejvíce, 54 % respondentů, projevilo zájem o další vzdělávání v oblasti psychoterapie, případně o absolvování psychoterapeutického výcviku (zájem byl u všech absolventů nezávisle na úrovni vzdělání, nicméně nejvýraznější byl u absolventů Bc. i Mgr. adiktologie, 64,5 %). 17,6 % respondentů (výhradně žen) by se rádo dále vzdělávalo v oborech medicíny, jako jsou farmakologie, neurologie apod. 12 % by stálo o doplnění dovedností v konkrétních technikách a 11 % respondentů by potřebovalo více vzdělání v rodinné terapii (více muži než ženy).

Celkem 36 % z těch, kdo pracují v oboru adiktologie po dobu kratší než 1 rok, nejvíce potřebují získat konkrétní techniky pro práci s klienty (oproti všem s delší praxí, kteří techniky uvedli v necelých 7 % případů).

Mezi respondenty pracujícími v ambulantní léčbě, bylo 8,3 % těch, kteří by stáli o vzdělávání v oblasti práce s dětmi, u absolventů pracujících v primární prevenci se jednalo o 50 % respondentů se stejným zájmem.

Ptali jsme se také na to, co respondentům v možnostech vzdělávání nejvíce schází, někteří pravděpodobně reflektovali spíše výuku adiktologie než celoživotní vzdělávání. Nicméně celkem 19 % respondentů uvedlo největší mezery v oblasti zdravotnické péče a ošetrovatelství, 13 % chybí možnosti dalšího vzdělávání (Ph.D. studium, možnost atestace či složení rigorózní zkoušky) a necelým 10 % chybí nácviky dovedností a dostupnost specializačních kurzů S4.

Rozdílly se vyskytly mezi pohlavími, konkrétně je zobrazuje tabulka č. 34. Je patrné, že ženy častěji vnímají mezery ve vzdělávání v oblasti zdravotnických oborů a ošetrovatelství. Oproti tomu muži odpovídali častěji, že jim schází nácviky dovedností, sociální práce, administrativní dovednosti a stěžovali si na nedostatek specializačních kurzů S4.

<b>Mezery</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
Nácviky dovedností	<b>28,6 %</b>	4,2 %
Sociální práce	<b>14,3 %</b>	4,2 %
Zdravotnictví, ošetrování	14,3 %	<b>20,8 %</b>

Možnosti dalšího vzdělání	14,3 %	12,5 %
Málo kurzů S4	<b>14,3 %</b>	8,3 %
Administrativní dovednosti	<b>14,3 %</b>	0 %

Tabulka č. 34: Oblasti dalšího vzdělávání dle preferencí mužů a žen

Z absolventů zaměstnaných v kontaktních centrech chybělo 28,6 % vzdělání ve zdravotnické oblasti. Těm, kteří pracují v ústavní léčbě, chybělo ve 33 % psychoterapeutické vzdělání (výcvik). Pokud se podíváme na náplně práce adiktologů, u výkonů individuální, skupinová, rodinná terapie, diagnostika, poradenství, odběr biologického materiálu, scházelo 26 % absolventů vzdělání ve zdravotnické oblasti a ošetrovatelství.

Shodně tři respondenti uvedli tematiku vězeňství, nelátkových závislostí, celkově nových trendů v oboru a management a právní otázky. Dvě odpovědi se objevily celkově k zájmu o specifická témata z adiktologie (např. kouření, poruchy příjmu potravy), cizích jazyků, ošetrovatelství, sociální práce a zahraničních stáží, o které by respondenti měli zájem. Okrajově zmíněny byly výzkum, supervize, specializační vzdělávání, práce s kasuistikami či diagnostika.

## **B. ABSOLVENTI PRACUJÍCÍ MIMO OBOR ADIKTOLOGIE**

Celkem 66,2 % respondentů odpovědělo, že by měli zájem o další vzdělávání v oboru adiktologie, v pohlaví nebyl žádný rozdíl. Statisticky významný rozdíl se však vyskytl u těch, kdo v minulosti pracovali v oboru a těch, kteří ne. Ti, kdo zkušenost s prací v oboru mají, projevíli zájem o vzdělávání v 79,3 % případů, oproti 56,4 % u těch, kdo nikdy v oboru adiktologie nepracovali. Propojili jsme kategorie primárního hledání práce v oboru a zkušenosti s prací v oboru v minulosti a podívali se na zájem o vzdělávání. Ti, kdo primárně hledali práci v oboru a tuto zkušenost za sebou mají, se chtěli dále vzdělávat v 81,3 % případů, oproti těm, kteří primárně práci v oboru hledali, ale žádnou zkušenost nemají, kde zájem byl ze strany 42,9 % respondentů.

Nejvíce, devět respondentů má zájem vzdělávat se v oblasti psychoterapie, respektive absolvovat psychoterapeutický výcvik. Pět respondentů by se rádo vzdělávalo v oblasti medicíny, tj. v neurologii, farmakologii, psychiatrii. Shodně tři odpovědi se objevily u konkrétních technik (krizová intervence, prevence relapsu), nových trendů v oboru, výzkumu, dále dvě odpovědi měly práce s dětmi, rodinná terapie, zájem o konkrétní témata, politika. Jednou byly zmíněny supervize, sociální práce, práce s kasuistikami, diagnostika a psychologie.

## 7. DISKUZE

V diskuzi se zaměříme na významné aspekty plynoucí z výsledků výzkumu pracovní uplatnitelnosti absolventů adiktologie, které budou uvedeny do širšího kontextu vývoje oboru v ČR i mezinárodně. Pro přehlednost je kapitola členěna do pěti částí, bude reflektována samotná podstata a rámec oboru adiktologie v obecnějším pojetí, následuje část věnovaná hodnocení vzdělávání v adiktologii a reflexe pracovní uplatnitelnosti adiktologů, diskuzi uzavřeme částí zaměřenou na proces etablování profese adiktologa do existujících systémů, kde bude zdůrazněna role edukace a propagace, i zkušenosti ze zahraničí a místo české adiktologie v mezinárodním dění. V neposlední řadě jsou zmíněny silné stránky a limity práce, a navrhneme oblasti pro možný směr dalšího výzkumu.

### 7.1 Rámec a praxe oboru adiktologie

Obor adiktologie má v ČR i ve světě dlouholetou tradici, i v současnosti navazujeme na jeho historii a fungování péče, které dnes říkáme adiktologická. Vidíme nárůst problémů a chování, které můžeme klasifikovat jako spadající do gesce adiktologů, vytváříme a rozvíjíme nabídku služeb dle měnících se cílových skupin i jejich potřeb. Můžeme být svědky nově vzniklého a stále se rozvíjejícího systému vzdělávání ve specializované disciplíně, tento proces je patrný i ve světě, hovoříme o rozvoji nové profese a její identity (Babor, 2000; Meyers & Salt, 2007). Zároveň se již nebavíme pouze o kontextu České republiky. Původní dojem, že to, co jsme v ČR postupně vytvořili jako obor a jako studijní program, je pouze lokální výjimkou, dostává nové důkazy, že česká adiktologie není osamocená, avšak představuje jednu z těch „starších“ ve světě (Miovský, 2016). Kontext se tedy rozšířil na mezinárodní úroveň, což přináší mnohé otázky, ale také otevírá nové možnosti (např. zapojení do mezinárodní platformy ICUDDR; Miovský, 2016).

I kolegové ze zahraničních studijních programů specificky zaměřených na adiktologické vzdělání si kladli a kladou podobné otázky jako tvůrci české adiktologie, a tyto otázky se opakovaně vrací a vyžadují odpověď: Je potřeba mít specializované profesionály úzce zaměřené jen na problematiku závislostí? Mají být zdravotnickými pracovníky? Mají dělat prevenci nebo léčbu, nebo vše v kombinaci? Jak najdou uplatnění? Budou je služby chtít zaměstnat? Zlepší to péči pro klienty? (Miovský, 2016). Tyto a další otázky stály v pozadí naší práce.

Způsob, jakým o oboru adiktologie a jeho rozvoji uvažujeme, není nový, taktéž reflexe toho, jak se to daří a jaké nové výzvy před námi stojí, je nutné opakovat. Takto např. Kalina v roce 2007 vyhodnocoval naplnění dokumentu „Cíle pro ČR v oblasti vzdělávání v drogové problematice“, který v roce 1997 sám připravoval pro Ministerstvo zdravotnictví (Kalina, 2007a). Tehdy před 20 lety chtěl, aby existoval základ společný pro všechny, aby profesionálové z různých disciplín působící v oboru adiktologie sdíleli základní principy a znalosti. Tento cíl považoval už tehdy za naplněný, vyjma oblasti vzdělávání praktických lékařů v drogové problematice. Praktičtí lékaři mají v současné době legislativně danou povinnost poskytnout krátkou intervenci pacientům, u nichž mají podezření na výskyt adiktologické problematiky (dle zákona č. 65/2017 Sb.), nicméně otázka jejich vzdělávání nadále zůstává aktuální. Kalina uváděl, že vzdělávání by mělo mít přímou vazbu na praxi odpovídající standardům. Dalším cílem bylo zajištění supervize pro jednotlivá pracoviště, to je nyní definováno jako jedno z kritérií standardů odborné způsobilosti programů péče o uživatele návykových látek (Libra et al., 2015). V neposlední řadě cíle zahrnovaly vytvoření a zavedení odbornosti „drogového poradce“, který se bude zaměřovat na sekundární a terciární prevenci, a odbornosti „aktivisty v drogové prevenci“ specializované na oblast primární prevence. Tento cíl se podařilo naplnit zcela, dokonce tak, že byla vytvořena nová profese adiktologa, která v sobě integruje obě původně předpokládané odbornosti (Kalina, 2007a). Také byly v rámci institucionalizace vzdělávací základny založeny subkatedra IPVZ, Centrum adiktologie (nynějši Klinika adiktologie), v současnosti také funguje tehdy ještě nevytvořená, avšak uvažovaná, Asociace nestátních organizací (A.N.O.).

Původně zamýšlené dvě odbornosti, které by specificky pokrývaly oblast adiktologie, byly integrovány do profese adiktologa, kterou dnes označujeme pojmem generický pracovník. Ani tento pojem není úplně nový a vznikl již v době, kdy studium adiktologie ještě formálně neexistovalo (Libra, 2003). Miovský et al. (2015) používají termín pro absolventy bakalářského studijního programu adiktologie, kteří se po dokončení studia stávají odborníky integrujícími znalosti a dovednosti ze všech oblastí, jak byly vymezeny v kapitolách 2 a 3. Adiktolog je v ČR schopen obsáhnout témata od prevence, přes léčbu a sociální rehabilitaci, k harm reduction službám a veřejnozdravotním intervencím i k oblastem zahrnujícím výzkum, protidrogovou politiku či státní správu. V zahraničí je však tento pojem využíván odlišně. Např. Adams et al. (2017) hovoří o generickém pracovníkovi jako o odborníkovi, jenž má primární vzdělání v obecnější disciplíně (např. medicína, psychologie, sociální práce), a teprve následná specializace mu přinese schopnost působit v oboru adiktologie. Pojem generický v tomto případě znamená původní vzdělání v jiné, generické (obecné) disciplíně. Také Dr. Straussner, která vede postgraduální program „Clinical Approaches to Addiction“ na New York University a která stála u zrodu newyorského Institutu pro profesní rozvoj v oblasti závislostí, hovoří o specializaci v adiktologii navazující na obecné vzdělání, konkrétně v sociální práci. Všichni studenti musí nejprve vystudovat sociální práci a až poté jdou získat specifické zkušenosti do oboru, jemuž se chtějí profesně věnovat. Obor závislostí je obsažen v jednom volitelném kurzu (omezené vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti adiktologie reflektují také Vitásková & Pavlovská, in press). „Američané se učí být adiktology spíše v praxi a ve škole se jim dostává jen obecného vzdělání“ (Běláčková, 2007, p. 479). Běláčková (2007) se dr. Straussner dotazovala i na to, zda si myslí, že by specializace v oboru adiktologie měla stát samostatně jako multidisciplinární disciplína anebo být užším zaměřením po dokončení základního studia. Nevymezuje přesně, že by jedna z variant byla lepší, v USA funguje odlišný systém vzdělávání a jeho zařazení do praxe, tzv. licencování, a sociální práce je licencovaným oborem, proto je výhodné problematiku závislosti integrovat. Další ukázkou odlišného pojetí profese adiktologa ve světě jsou i mezinárodní kurikula UPC/UTC, které je možné studovat samostatně, tudíž i absolvent programu pouze v jedné části se stává adiktologem. Také někteří respondenti ve skupině zaměstnavatelů podporují spíše tento koncept, navíc řada pracovníků v adiktologických službách, kteří měli původní jinou kvalifikaci, si v průběhu vystudovala také adiktologii, a v praxi pak vhodně kombinují obě disciplíny. Miovský v roce 2007, v době, kdy ještě neměla adiktologie své absolventy, také hovořil o možnosti integrativní specializace, kdy by se do studia mohl přihlásit absolvent jiné disciplíny a získat studiem adiktologie specializaci nasedající na jinou původní odbornost. Tento proces neproběhl zcela, zájemci z řad jiných oborů se ke studiu přihlásit mohou, avšak pouhým studiem Mgr. stupně kvalifikaci adiktologa nezískají. Tato dichotomie v pojetí profesionálů v adiktologii, mají-li být specialisty per se, anebo se specializovat po dokončení vzdělání v jiné disciplíně, tak zůstává otevřeným prostorem pro diskuzi. I v ČR (a výsledky našeho výzkumu to potvrzují) stále vedeme debatu o tom, zda je generičnost adiktologů pro praxi spíše výhodou anebo prvkem vzbuzujícím nejistotu a obavy, ať ze strany zaměstnavatelů ve smyslu, zda je možné v jednom člověku obsáhnout všechny oblasti, či ze strany služeb jako takových, kdy se hovoří o nutnosti zajištění multidisciplinárních týmů, spíše než multidisciplinárních odborníků. Profese adiktologa, ale i obsah studijního programu adiktologie, z tohoto principu vycházejí a staví na něm. Závislost je multifaktoriální onemocnění, stejně tak reakce na ně musí pokrýt všechny tyto faktory. Proto v léčbě závislostí potřebujeme spolupráci různých odborností v zájmu klienta. Bartošíková (2003) však hovoří o tom, že multidisciplinarita s sebou nutně nese rozmanitost v tom, jaké vzdělání pracovníci získali (Conley et al., 2006). Je důležité zdůraznit a stále opakovat, že profese adiktologa není v českém systému proto, aby nahradila jiné odbornosti, ale aby doplnila jejich kvalifikace a umožňovala přemostění v podobě jakéhosi prostředníka v komunikaci a koordinátora péče o klienta (Miovský, 2014). Adiktolog naopak může být výhodný právě pro svůj přesah do zdravotnictví, protože psychiatrů a lékařů specializovaných v oboru návykových nemocí je silný nedostatek nejen v České republice (National Council for Behavioral Health, 2017; SAMHSA, 2006b; Soyka & Gorelick, 2008), nemají zájem vstoupit do oboru a v zahraničí jsou lékaři navíc velmi drahou pracovní silou (SAMHSA, 2006b). Všechny tyto aspekty podporují odůvodnění vstupu adiktologa, jakožto nelékařského

zdravotnického pracovníka, který je navíc pro služby dostupnější i ekonomicky efektivnější, do zdravotnické složky adiktologie.

Byť hovoříme o multidisciplinaritě a všichni se na tomto požadavku zdánlivě shodujeme, někde v pozadí je stále patrná otázka, komu patří závislosti. Otázka se objevuje silněji s procesem integrace adiktologa do praxe, avšak je zřejmé, že každá disciplína v tomto „souboji“ hájí sama sebe. Pak psychiatři či psychologové tvrdí, že závislosti jsou jejich doménou (ale kolik jich reálně v oboru působí), sociální pracovníci zdůrazňují, že v adiktologických službách působili dávno v době, kdy adiktologie jako profese ještě neexistovala, zdravotní sestry hájí své kompetence apod. Také dr. Straussner se připojuje k významu zachování multidisciplinarity oboru, avšak zdůrazňuje klíčový prvek nezastupitelné role sociálních pracovníků v komplexní péči o klienty (Běláčková, 2007). Tento aspekt se objevoval i v našich výsledcích, kdy zaměstnavatelé přirozeně vymezovali pozici adiktologů vůči ostatním profesím a porovnávali je. Jak již bylo zmíněno i v úvodu celé práce, obor adiktologie byl historicky skutečně tvořen dílčími disciplínami (Conley et al., 2006; Kalina, 2007a; van Boekel et al., 2014), které jsou i v současnosti nadále jeho nedílnou součástí. Cílem není a nemůže být vytvořit jednu profesi, která celý obor obsáhne. Nicméně jak je patrné z textu Nepustila et al. (2014), některé klíčové dokumenty oboru možná nebyly zcela jednoznačně formulovány, což vedlo k obavám a nesprávnému výkladu. Autoři se kriticky vymezovali konkrétně vůči Konceptu sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2014b), vyjadřovali nesouhlas s tím, aby v procesu léčby závislosti figuroval jeden pracovník jako klíčový koordinátor, kdy se mělo jednat o profesi adiktologa. V závěru svého vyjádření však uvádí totéž, když zmiňují, že „koordináční a síťovací role podle jejich názoru náleží spíše sociálním pracovníkům, než specializovaným zdravotnickým profesionálům“ (p. 331). Diskuze nad tím, komu patří závislosti, ve smyslu sociálních či zdravotních služeb, stojí podle Sklenáře (2014) na špatném základu. „Koncept nedělitelnosti těchto dvou složek je základním stavebním kamenem adiktologie“, jedná se o multidisciplinární obor, což reflektují i aktuálně platné Standardy (Libra et al., 2015), když hovoří o obsahu, ale také o skladbě týmů adiktologických služeb. Otázka by neměla stát, zda zdravotní sestra nebo adiktolog, nebo zda sociální pracovník či adiktolog, měla by se ptát, jak mohou všechny tyto profese spolupracovat, jelikož všechny pohledy a přístupy by vždy měly směřovat ke kombinacím v zájmu a ve prospěch klienta (Miovský et al., 2015; Sklenář, 2014). Také Miovský et al. (2014a, p. 314) potvrzují, že v adiktologii je „klíčovým požadavkem udržení plurality a rovnováhy mezi pojetím sociální práce a zdravotní péče, jejichž kombinace a způsob propojení činí adiktologické služby specifickými.“

Výsledky výzkumu mezi zaměstnavateli přinesly důležité informace o fungování této plurality v praxi. Shodují se, že obor je multidisciplinární a měl by se zabývat komplexní osobností klienta. Kromě výhod příslušnosti oboru ke zdravotnictví i sociální práci, však tato pluralita přináší i nevýhodu v podobě rozdělení oboru mezi dva hlavní resorty, Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstvo zdravotnictví (MZ). Zaměstnavatelé v oboru adiktologie popisovali překážky spojené s příslušností ke dvěma systémům, ať se jedná o financování služeb a mezd pracovníků, o terminologii, rozdílné kompetence, úpravu vybavení služby nebo o zaměstnávání pracovníků. Tyto odlišnosti jsou někdy matoucí dovnitř oboru, vytváří ale také obraz adiktologie navenek, směrem k veřejnosti.

*„Je to zdravotní, sociální pomezí obecně, není sladěný, není zkoordinovaný a dělá to blběj ksicht pro ty služby, a hodně ovlivňuje to uplatnění různých pracovníků.“*

*„Zdrojově to dělá problém. Aby třeba v káčku mohl být adiktolog, tak ho musí někdo zaplatit, musí ho zaplatit MZ a když mi to dá MZ, tak to nedá celý a bude chtít 30% spoluúčast, ale já je vezmu kde – já je vezmu z příspěvků kraje na sociální služby. Ono to vypadá dobře z dálky, ale když se bavíme o tom, co způsobuje ty největší problémy, tak to jsou zájmy jednotlivých resortů nebo úrovní a ty jsou ostře nadiktovány a nedají se kombinovat a bere to svobodu profesionálnímu uvažování o službě. K MZ neseženu spoluúčast, protože všude je to financování sociálních služeb, magistrátní, krajský, obecní dotace. Někdy ani neví, že přispívají na sociální služby, a tím to omezují. Tím nám zamezují financování třeba substituce.“*

Objevuje se obava s tím související, aby nepřevážila zdravotní část nad částí sociální, respondenti z velké části provozují organizace registrované jako sociální služby, mají v tom své zájmy, oproti tomu profese adiktologa je dle zákona profesí zdravotnickou. *„V práci se závislími nejsou 90 % zdravotní věci, spíš sociální, je zdravotnického tak 10 %, nejsou tam zdravotní věci, jsou tam bio-psycho-sociální. Takže ať si zdravotnická část žije, existuje, ta tu musí být, ale často to vystupuje tak, že ne 10 %, ale 80 % jsou zdravotní věci a že by celý ten systém měl být zdravotnický.“* Ruku v ruce pak jde obava o existenci služeb v případě, že by docházelo k „pozdravotničkování“ celého oboru, a tím ke ztrátě multidisciplinarity. Zajímavý rozpor se objevil v praxi, kdy část zaměstnavatelů velmi křivovala zdravotnický základ adiktologie a část byla výrazněji proti tomuto, podle nich zužujícímu, pohledu, raději by výuku adiktologie viděli na platformě sociálně-vědních fakult. Je vhodné připomenout, že první dlouhodobé kurzy pro pracovníky v adiktologických službách, řadu let předtím, než vůbec vznikla myšlenka bakalářského studijního programu, byly vystavěny na zdravotnické platformě. Oba byly realizovány ve spolupráci nestátních neziskových organizací a zdravotnických institutů (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně) (Kalina, 2007a; Miovský, 2007). I tehdy však nebylo cílem přiklonit toto vzdělávání na jednu stranu, ale propojit je, a umožnit tak rozvoj oboru jako celku.

V některých zemích (např. Finsko, Gruzie či Tanzánie) je běžné, že ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí tvoří celek, tzv. zdravotně-sociální, a tento systém nastavuje požadavky na adiktologické služby a zároveň zajišťuje financování. U nás se jeví jako klíčové zachovat mezioborovost adiktologie i týmů adiktologických služeb (Miovský, 2007), a podporovat diskuzi a spolupráci obou resortů, případně dalších, které zásadním způsobem ovlivňují dění v oboru adiktologie, aby bylo možné předejít „přešlapům“ podobným tomu, který vznikl zahrnutím terapeutických komunit výhradně do gesce MPSV, případně pojetí harm reduction služeb výhradně jako služeb sociálních.

Neopominutelným faktorem, který ovlivňuje podobu adiktologie a přístupu ke klientům a léčbě závislosti, jsou také přesvědčení a předsudky pracovníků (van Boekel et al., 2014). V některých případech jasně víme, jak věci jsou dle teoretického výkladu či evidence-based praxe, avšak reálně k situaci takto nepřistupujeme. Příkladem může být např. rozpor ve vnímání substituční léčby, kdy podle MKN-10 je klient medikovaný substituční látkou považován za abstinujícího, v českém kontextu systému péče však je na něj v kontextu skupinové terapie stále pohlíženo jako na uživatele NL (Staňková & Vacek, 2011). Podobnou paralelu můžeme sledovat právě ve vstupu profese adiktologa na pole adiktologických služeb. V oboru je stále nedostatek informací, případně jsou tyto informace zkreslené, neúplné, objevují se rozmanité obavy, a v souvislosti s tím také reakce.

Profese adiktologa (addiction specialist) je v kontextu střední Evropy stále relativně mladá (Butler, 2011a), v ČR byla legislativně zakotvena před 10 lety, v roce 2008. Kromě otázek týkajících se samotného fungování oboru, integrace nových trendů a vývoje, vzdělávání profesionálů v této oblasti, čeká obor ještě množství dalších úkolů a výzev. Mezi ně nepochybně patří absence tzv. doporučených postupů (guidelines), které by odpovídaly současné evidence-based praxi. V minulosti vznikl pokus tento klíčový dokument oboru vytvořit (Nešpor, 2010), avšak odborná veřejnost se vůči němu vymezila. Podle Jeřábka (2010) i Kaliny (2010) jsou tyto doporučené postupy nekompletní, neodráží současný stav poznání ani ověřené postupy, které se v adiktologii dlouhodobě využívají. Členění dokumentu je nepřehledné a sporné. Nešpor např. uváděl doporučení využívat metody skupinové psychoterapie pouze u skupiny látek s halucinogenními účinky, přitom tento typ terapie je v adiktologii a léčbě závislostí klíčovým stavebním kamenem (APA, 2013; Kalina, 2013). Podobně kriticky se Jeřábek (2010) vyjadřuje k Nešporově jasné indikaci ústavní léčby u diagnózy závislosti. Opomíjí tak účinnost léčby v terapeutických komunitách (Kalina, 2008). Dle Jeřábka by bylo vhodné, aby guidelines doporučovaly alternativně jak léčbu ústavní, tak dlouhodobou rezidenční v terapeutických komunitách. Druhý zmíněný typ léčby je efektivní i v případě klientů s duálními diagnózami. Takový dokument, je-li zpracován na základě aktuálních poznatků, přináší oboru garanci kvality odborných služeb, nabízí způsoby vhodné aplikace adekvátních intervencí a slouží také veřejným činitelům v plánování služeb (Kalina,



2010). Inspiraci bychom mohli hledat např. v doporučených postupech zpracovaných WHO (2008) či Britskou psychologickou společností a Královským kolegiem psychiatrů (NICE, 2008), jak zmiňuje Kalina (2010). V každodenní praxi adiktologie by mohl vhodně posloužit mimo jiné také absolventům adiktologie jako učící materiály a zaměstnavatelům, kteří by své zaměstnance zaškolovali.

## 7.2 Vzdělávání v adiktologii

Aktuálně platným dokumentem vymezujícím vzdělávání v adiktologii je Koncepce vzdělávání (Miovský, 2014), která stanovuje minimální úroveň vzdělání nejen u nelékařské profese adiktologa, ale také u dalších disciplín, které se v oboru pohybují, anebo které působí v jiných oborech, kde se adiktologická problematika vyskytuje. V současné době, více než 10 let od zahájení studia adiktologie, máme již řadu informací a zkušeností, můžeme tedy říci, že nyní je obecně snahou pozvolna zvýšit kvalifikační požadavky, tj. odlišit odbornou způsobilost získávanou studiem bakalářské úrovně adiktologie, a specializovanou způsobilost, tzv. klinického adiktologa (vyhláška č. 391/2017 Sb.), s cílem vytvořit kariérní řád profese, motivovat ke kvalifikačnímu růstu, samostatnosti a odpovědnosti, ruku v ruce s adekvátním odměňováním (Vondrová, Oktábec, Janouškovec & Sklenář, 2018). Podmínkou pro získání specializované způsobilosti je absolvování akademického magisterského vzdělání v oboru adiktologie. Pro klinického adiktologa je nutné vytvořit činnosti, které budou odpovídat této úrovni kvalifikace (Miovský et al., 2014a). V přípravě mladých vědeckých pracovníků má klíčové místo doktorský program (Ph.D.) (Miovský, 2014).

Miovský et al. (2014a) také doporučovali upravit podmínky pro získání osvědčení pro výkon zdravotnického povolání adiktologa bez odborného dohledu, a to na prokázání soustavné praxe v oboru. Obor si zatím buduje základnu a část služeb není personálně reprezentována dostatečným počtem adiktologů, vznikají také nové služby, kde by adiktolog měl následně najít uplatnění. Výsledky výzkumu ukazují, že velká část služeb adiktologa integrovala, ovšem potvrzují také slova Miovského et al., že některé služby, zejména v určitých krajích, nejsou dostatečně saturovány, a potýkají se dokonce s nezájmem adiktologů o práci mimo Prahu.

Kalina (2007a) zmiňoval riziko „centralizace“ oboru adiktologie na Klinice adiktologie a současně zdůrazňoval nutnost propojení při spolupráci a odpovědnosti univerzit, IPVZ, nestátních organizací, RVKPP, stejný názor mají Edmundson, Gallon & Porter (2007), kteří doplňují, že je potřeba komunikovat společně o obsahu a účelu akademického vzdělání i o potřebách praxe a nových klinických přístupech. Kalina (2007a) pojmenoval i riziko nedostatku pracovníků, kteří budou schopni a ochotni zabezpečit akademickou výuku nových profesionálů, tj. kteří budou mít dostatečné znalosti, dovednosti a kompetence pro garanci úrovně vzdělávání (Edmundson et al., 2007) a upozorňuje na fakt, že mladí profesionálové s malou zkušeností nemusí být schopni ihned předávat své dovednosti a znalosti dalším generacím. Podle Kaliny (2007a) „být pedagogem je uměním sui generis, nikoliv pouze technikou“ (p. 8). Navíc mezioborový koncept vzdělávání vyžaduje od pedagogů mezioborový rozhled, nikoliv pouze tým jednotlivých úzkých specializací.

Podobný vývoj vzdělávání, jakým prošlo studium adiktologie v ČR, reflektují i další země. Například na Novém Zélandu se potýkali s různými překážkami ve smyslu zajištění podpory specializovanému vzdělávání, legislativních podmínek a dalších (Adams et al., 2017). Jeden z nejstarších studijních programů, na Trinity College v Irsku (Butler, 2011b), fungoval řadu let, vybudoval si svou pozici ve vzdělávacím systému, nicméně v roce 2016 přišel s odchodem jeho tvůrce, prof. Shana Butlera, o finanční podporu a byl uzavřen (z osobní komunikace s prof. Butlerem). Podle informací z webových stránek univerzity (7/2018) bude magisterský program s jiným názvem Addiction Recovery znovu otevřen v září 2018. Je tedy klíčové neustále pokračovat v diskuzi o zakotvení studijních programů, o jejich podpoře v celém kontextu legislativním i systémovým a inspirovat se děním v zahraničí. Inspirace ze zahraničí může být nicméně nahlížena i z opačné strany, kdy nabídka vzdělávání např. v USA indikuje trend krátkodobého a úzce zaměřeného vzdělávání. Velká část programů je nabízena na tzv. associate úrovni (univerzitní vzdělání předcházející bakalářskému), případně jen v podobě odborných certifikátů, obvykle jsou tyto programy určeny profesionálům z praxe. Na druhou

stranu vidíme velmi nízký počet identifikovaných programů na doktorské úrovni, což potvrzuje výše uvedené. Kvalita pracovní síly i možností jejího rozvoje je přitom pro každý obor zcela zásadní (Thom, Duke & Herring, 2017), stejně tak evaluace potřeb v praxi. Je možné, že tedy nejen zkušenost z praxe oboru, ale právě i potřeby samotných profesionálů v oblasti vzdělávání ovlivňují nabídku univerzitních programů. Není však dosud ověřeno, který model je výhodnější či potřebnější, zda spíše profesně zaměřené vzdělávání, specializované vzdělávání nasedající na jinou primární disciplínu či naopak kompletní vzdělání v konkrétním úzce vymezeném oboru.

### **Hodnocení výuky**

Obecně lépe studium hodnotili starší, zkušenější respondenti, což může souviset se schopností lépe integrovat naučené, když už v oboru pracují (Duchková, 2011). Zdá se tedy vhodné, když studenti pracují alespoň na částečný úvazek již při studiu. Tento trend byl ve výsledcích potvrzen.

Organizace Sdružení Podané ruce doporučuje svým zaměstnancům absolvovat sadu vzdělávacích kurzů v oblastech krizové intervence, motivačních rozhovorů a práce s klientem, základního drogového assessmentu (posouzení, zmapování situace a indikace k intervencím), prevence vyhoření (Vobořil, 2007), pokud se blíže podíváme do kurikulů adiktologie (Akreditační spis, 2011), můžeme vidět, že všechny tyto dovednosti, v oboru považované za základní, adiktolog nabyde. Při srovnání s mezinárodním kurikulem UTC je také patrné zahrnutí této problematiky do gesce specialistů v adiktologii, stejně tak se to ukazuje u obsahové analýzy vyučovaných předmětů v zahraničních studijních programech (Pavlovská et al., 2017).

Samotní respondenti, jak absolventi studia, tak zaměstnavatelé, verbalizovali absenci psychoterapeutického vzdělání u adiktologů. Navíc Standardy odborné způsobilosti služeb (Libra et al., 2015) tento požadavek pro personál adiktologických služeb zahrnují. Také kurikulum studijních programů adiktologie obsahuje sebezkušenostní a zážitkové předměty modelující sebezkušenostní terapeutický výcvik. Kalina (2004) zmiňuje, že terapeut/pracovník je důležitou složkou terapeutického vztahu – „důležitou natolik, že změna klienta leckdy není možná, aniž bychom se měnili my, nebo přinejmenším měnili svůj pohled na něj“ (p. 371). Osobnost je nástrojem terapeuta, který by měl naplňovat dovednosti kongruence, autenticity a empatie. Většina zaměstnavatelů vnímá terapeutický výcvik u uchazečů o zaměstnání jako výhodu, akceptují ale obvykle, když zaměstnanec nastoupí výcvik až v době, kdy ho zaměstnají. Jeden ze zaměstnavatelů uvedl, že výcvik v jejich organizaci není povinný vůbec, navíc pojmenoval tuto podmínku jako možnou bariéru při hledání zaměstnání. To se zřetelně potvrzovalo i ve výsledcích mezi absolventy, kteří absenci výcviku silně pociťovali jako limit a současně ho zmiňovali jako oblast zájmu o další vzdělávání v oboru. Nabízela se otázka, zda by výcvik měl být součástí vysokoškolského studia, a případně v jaké podobě. Pozitivní je, že adiktologové vnímají podstatu klinické práce v adiktologii, která stojí na poradenství a terapii, a přemýšlejí tak o potřebnosti terapeutického vzdělání. Zaměstnavatelé se však ve výsledku shodli na tom, že to žádoucí není, výcvik by měl být dobrovolnou formou dalšího rozvoje osobnosti. Některé terapeutické výcviky mají navíc i věkový limit pro zahájení a je spíše žádoucí, aby do něj vstupovali lidé starší, zkušenější. Je možné více uvažovat o možnosti, jakým způsobem studenty adiktologie edukovat, nabízet „ochutnávky“ jednotlivých terapeutických přístupů, a motivovat je k aktivnímu rozhodování o zapojení do dalšího vzdělávání rozvojového typu, po dokončení základního vysokoškolského studia.

Ve výsledcích krystalizoval rostoucí zájem adiktologů působících v ambulantní léčbě o vzdělávání v práci s dětmi, což pravděpodobně může souviset s rozvojem dětské péče v adiktologii a vznikem specializovaných ambulancí pro děti a dorost (Miovský & Popov, 2016a). Respondentům celkově chybí vybava ze studia pro práci se specifickými skupinami klientů, ať se jedná o zmíněné děti, či například těhotné ženy a matky, klienty s nelátkovými závislostmi, osoby závislé na alkoholu apod.

Obě skupiny respondentů hovořili o respektu a akceptaci, nicméně každý ze svého úhlu pohledu a své vlastní zkušenosti. Absolventi studia si stěžovali na nedostatek uznání ze strany ostatních odborníků, zaměstnavatelé vnímali nedostatek respektu a pokory ze strany

absolventů adiktologie ke zkušenostem kolegů a k oboru celkově. Objevily se zkušenosti se studenty na odborných praxích i absolventy, kteří dávali najevo své znalosti a dovednosti, což mohlo působit povýšeně. Někteří respondenti si kladli otázku, jakým způsobem je výuka adiktologie koncipována, jaké hodnoty jsou studentům předkládány, když následně v praxi se projevují takto. Pocit nadřazenosti byl obvyklý zejména u lékařů, kteří se historicky vymezovali především vůči zdravotním sestrám, důvody zahrnovaly jak rozdíly v pohlaví, tak v úrovni vzdělávání a kompetencí (McKay & Narasimhan, 2012). Radcliffe (2000) dokonce hovoří o hře doktor-sestra, kdy zdravotní sestry podporovaly ego lékařů tím, že předstíraly, že nejsou tak vzdělané jako oni. Pocit je podporován již v průběhu studia medicíny, které je náročné, vyžaduje vynikající výkony, tlačí k neomylnosti. Tento komplex nadřazenosti by mohl hrozit i ve vztahu adiktolog jako zdravotník a např. sociální pracovník, a je důležité tento aspekt zařazovat do výchovy nových profesionálů v oboru. Dalším aspektem kritiky ze strany zaměstnavatelů byl nedostatek povědomí o realitě oboru, zejména v případě finančního ohodnocení. Na druhou stranu byly zmíněny i povzbudivé návrhy směrem k sebehodnotě a identitě profese, kdy je škoda, že adiktolog působí na jiných pracovních pozicích s odborně nižšími požadavky.

Absolventi zaměstnaní v oboru hodnotili subjektivně vnímané rozdíly mezi bakalářským a navazujícím magisterským stupněm adiktologie. Z výsledků vyplynuly oba protipóly pohledů, a to, že Mgr. studium je převážně opakováním obsahu učiva v bakalářském stupni, i že Mgr. rozšířilo znalosti a dovednosti získané v předchozí úrovni studia. Padaly komentáře, že bakalář je základem pro výkon profese, magistr pak doplňkovým vzděláním, které však řadě absolventů rozšířilo možnosti jejich pracovního uplatnění, případně byla poté jejich pracovní pozice označena „adiktolog“, někteří kvitovali zvýšení finančního ohodnocení v zaměstnání. Dva respondenti vnímali magisterské studium spíše více zaměřené na výzkum v adiktologii. Výsledky naznačují, že pokud respondenti absolvovali oba stupně vzdělání, mají pravděpodobněji pocit vyšších znalostí než absolventi pouze bakalářského stupně.

Výsledky přinášejí řadu podnětů také k tématu odborné praxe, a to zejména ve prospěch rozšiřování jejího rozsahu. Dle platného Akreditačního spisu (2011) tvoří v bakalářském studiu praxe 320 hodin, v navazujícím magisterském 200 hodin, což je ve srovnání s evropskými studijními programy v oboru adiktologie spíše na horní hranici (dotace praxí se pohybovala od 100 do 400 hodin v rámci studia, jeden program nabízel 6měsíční stáž v jednom zařízení; Pavlovská et al., 2017). Skácelová & Vojtěch (2009) poukazují na to, že právě nedostatek praxe bývá největším limitem při hledání zaměstnání u absolventů VŠ celkově. Praxe ve studiu tak může být jedním z významných zdrojů získání kontaktů či přímo nabídky zaměstnání, jak se ukázalo ve výsledcích a jak potvrzují také výzkumy (např. Messum et al., 2016; Pavlovská, 2012).

### **Kompetence, znalosti, dovednosti absolventů**

Vobořil (2007) navrhoval podívat se na vzdělávání v oboru prostřednictvím „vydefinování potřebných základních dovedností a informací, které by si měl každý zaměstnanec v drogových službách osvojit“ (p. 80). Podle toho se pak tvoří konkrétní kurzy či kurikulum studijního programu. Při přípravě studia adiktologie proběhl tento proces „opačně“, a i přesto, že se v současnosti v akreditačním spisu studia operuje s definovanými znalostmi a dovednostmi nabytými absolvováním dílčích předmětů, obor adiktologie nemá vydefinované kompetence absolventa studijních programů ani adiktologa profesionála. O první návrh kompetencí absolventa se ve své diplomové práci pokusila Vondrová (2018). Proces je nastartován, nyní nás čeká diskuze na odborné platformě o tom, co adiktolog umí, jak jsou vymezeny jeho kompetence, a co tedy přináší do praxe a nabízí potenciálním zaměstnavatelům. Jako vzory při tvorbě kompetencí profese by mohly sloužit zahraniční dokumenty, které již takové kompetence specialistů v adiktologii vytvořené a delší dobu integrované do praxe oboru mají (SAMHSA, 2006a; DAAPANZ, 2011). Řada programů cíleně staví výuku adiktologie na tzv. kompetenčním modelu, kde vzdělávání integruje znalosti, dovednosti a chování a kombinuje teoretickou výuku s klinickou praxí. Příkladem může být nizozemský program v „Addiction medicine“ (de Jong et al., 2011).

Na kompetence jsme se obou skupin respondentů ptali záměrně nespecificky. Absolventi studia byli dotazováni, zda vnímají stávající kompetence adiktologa jako dostačující a jaké kompetence jim případně schází. Zaměstnavatelům jsme otázku kladli konkrétněji, jaké kompetence má adiktolog v jejich organizaci. Je důležité zmínit, že kompetence existují dvojí, a vzájemně na sebe navazují. Rozlišujeme kompetence absolventů studijního programu, tj. co má umět a znát po dokončení studia, a kompetence profesní, co má umět a znát ten, kdo v daném oboru vykonává svou profesi.

Nejméně spokojení s kompetencemi (nedefinovanými konkrétně) a celkově byli ti respondenti, kteří vystudovali pouze navazující magisterské studium adiktologie, tj. měli předchozí bakalářské vzdělání v jiném oboru. Tito nezískají odbornou způsobilost k výkonu profese adiktologa, chybí jim předchozí znalosti, praxe. Zjištění může podporovat hypotézu, že více motivující je pro uchazeče o studium studium na bakalářské úrovni.

Hlavní kompetencí, kterou absolventi adiktologie postrádají, je poskytování psychoterapie. Můžeme se domnívat, zda by si respondenti přáli získat psychoterapeutické vzdělání v průběhu studia, nicméně psychoterapeutické výcviky obvykle staví na základní podmínce bezpečí ve smyslu neutrality vedoucích skupin či zajištění skupiny osob, které se vzájemně neznají (např. Fořtová, 2017). Toto by v případě výcvikové komunity v rámci studia nemohlo být garantováno. Zároveň zůstává otázkou, zda psychoterapeutické vzdělání nemá být vzděláním zájmovým, nadstavbovým, jak již bylo uvedeno výše v hodnocení výuky zaměstnavateli.

Absolventi se v praxi nejvíce potýkají s nemožností odběru biologického materiálu invazivním způsobem, tedy v případě adiktologických služeb zejména odběru krve za účelem testování na infekční onemocnění, a preskripce či podání léků, včetně substitučních látek. Ve Velké Británii existuje pro zdravotní sestry pracující v oblasti duševního zdraví možnost absolvovat kurz, který je následně opravňuje k preskripci opiátové medikace uživatelům návykových látek v rámci substituční léčby (Hemingway & Ely, 2009; NHS Lothian, 2009). Pravděpodobně by však s doplněním těchto dvou výkonů do portfolia profese adiktologa, jakožto nelékařského zdravotnického pracovníka, vznikla nevole ze strany zdravotních sester, do jejichž kompetencí výkony v současné době spadají. Pak by bylo možné nahrazení zdravotních sester v nemocnicích, protože rozdíly v kompetencích by se téměř zcela setřely.

Z výsledků vyplývá citlivost samotných absolventů k potřebě přesněji definovat kompetence adiktologa a propagovat adiktologii mezi dalšími profesemi jak přímo v oboru, tak v oborech přidružených, spolupracujících (lékaři, sociální pracovníci, soudci atd.). Stále se totiž objevují zkušenosti, kdy zaměstnavatelé dají přednost absolventům jiných odborností před adiktologem, a to možná i z důvodu neznalosti jeho kompetencí, malých zkušeností s touto profesí.

Dokument zaměřený na vzdělávání v oboru by se měl v budoucnu zaměřit na popis výstupů z učení, který bude v souladu se systémem využívaným vysokými školami pro definování znalostí, dovedností a kompetencí svých absolventů (tzv. Q-RAM, Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání).

### ***Další vzdělávání***

Respondenti z řad absolventů studia vyjadřovali potřebu vzdělávat se více v medicínských oborech. Je nutné připomenout, že součástí studijního plánu bakalářského stupně adiktologie je tzv. společný medicínský kmen, který zahrnuje například předměty farmakologie, epidemiologie, patologie. Předměty psychiatrie a neurovědy jsou vyučovány specificky se zaměřením na adiktologii. Možná však zkušenosti z praxe ukazují vyšší míru potřeby těchto znalostí a na obecné rovině lze uvažovat nad jejich zařazením do studijního plánu magisterského studia. Nicméně může být zarážející, když absolventi adiktologie, kteří jsou dle zákona č. 96/2004, o nelékařských profesích zdravotnickými pracovníky schopnými vykonávat profesi adiktologa bez odborného dohledu, nemají subjektivně dostatečné znalosti a dovednosti právě ze zdravotnických oborů. Je tedy výuka v tomto směru efektivní? Je cílená na oblast adiktologie? Je vhodně zařazena ve studijním plánu (aktuálně první dva ročníky Bc. studia)?

V obecnější rovině vnímali absolventi mezeru v dostupných dalších formách vzdělávání a rozvoje, ať v podobě rigorózní zkoušky, atestace, doktorského studia či specializačního vzdělávání. Respondenti také komentovali nedostatečnou nabídku tzv. S4 kurzů klíčových pro možnost vyjednávání plateb ze strany zdravotních pojišťoven.

### **„Uznání“ adiktologové x absolventi**

V tzv. přechodném období dle zákona č. 96/2004 Sb. existovala možnost pro osoby, které mají jiné vzdělání, ale pracují minimálně stanovený počet let v praxi oboru adiktologie, získat kvalifikaci adiktologa pouhou žádostí a doložením výše uvedeného. V praxi s sebou tato skutečnost přináší místa, kde na sebe absolventi a tito adiktologové s přiznanou kvalifikací naráží. Patrné je to zatím zejména v případech adiktologických ambulancí, kde garantem musí být adiktolog s odbornou způsobilostí k výkonu profese bez odborného dohledu (tj. absolvent bakalářského stupně vzdělání v adiktologii) a specializačním kurzem S4, viz níže. S tím znovu souvisí nedostatek absolventů v krajích mimo Prahu, kdy pokud by např. garant ambulance odešel z organizace zcela anebo na plánovanou rodičovskou dovolenou, ambulance by nebyla schopna zajistit provoz.

Další podnět souvisí s typem kvalifikace, který se liší u absolventů adiktologie získávajících kvalifikaci zdravotnického nelékařského profesionála, a u uznaných adiktologů, kteří nemuseli primárně naplňovat požadavek na zdravotnickou kvalifikaci, a jejich praxe tak nezaručuje, že mají potřebné zdravotnické vzdělání. Jedna z respondentek se o tomto jevu zmínila: *„My jsme svého času byli naštvaní na jednoho kolegu, co dostal na začátku oprávnění na základě výjimky a moc zkušeností se závislým neměl, z pohledu kvalifikace to trochu vázlo, ale on nechtěl tu pozici vykonávat, jenom získal to oprávnění a řešili jsme, zda je to dobře nebo ne, že se ty oprávnění tak jako rozdávaj, na začátku se to neřešilo. A já si teda myslím, že oni získají kvalifikaci hlavně přes přímou práci s těma lidma.“* V přechodném období získala kvalifikaci adiktologa řada osob, některé překážky a komplikace tak budou stále doznívat a vytvářet potenciální třecí plochy, avšak časovým omezením je zaručeno, že další takoví pracovníci se v praxi neobjeví.

## **7.3 Pracovní uplatnitelnost absolventů adiktologie**

Dr. Straussner měla obavy o uplatnění absolventů české adiktologie na trhu práce, mimo jiné z důvodu jejich úzké specializace (Běláčková, 2007). Výsledky našeho výzkumu tuto obavu příliš nepotvrzují, naopak se zdá, že se profese postupně plynule integruje do stávajícího systému adiktologických služeb, zapojuje se do existujících platform, a současně logicky vytváří nové, např. vlastní profesní asociaci (podobně jako se děje v zahraničí, např. na Novém Zélandu asociace AAPANZ).

Celkem 58 % respondentů ze skupiny absolventů studijních programů adiktologie pracuje v oboru (celkem 96 osob), v organizacích jsme našli 40 absolventů studijních programů a 7 studentů. Tento výsledek se zdá pozitivní, potvrzují ho i dřívější průzkumy Kačírkové (2015) a Sklenářové Francové & Janouškovce (2010), které shodně uvádí míru uplatnění absolventů v oboru 52 %, liší se však počtem respondentů (Kačírková, 2015 – 42 osob, jen prezenční studium; Sklenářová Francová & Janouškovce, 2010 – 31 osob). Je samozřejmě možné, že některé osoby odpověděly na dotazník a zároveň byly zmíněny zaměstnavateli, pokud bychom však tento aspekt nevzali v potaz, je možné odhadnout, že v oboru pracuje polovina všech absolventů (143 z celkových 279 absolventů). K tomu připočteme 39 osob, které prací v oboru adiktologie nikdy nehledaly, a další, které dostaly pracovní nabídku v jiném oboru. Zdá se, že uplatnění adiktologů je nastartováno pozitivním směrem.

Statisticky významně častěji jsou v oboru zaměstnaní muži, jedná se však o nízký počet osob (19). Celkový počet mužů mezi studenty adiktologie je taktéž nízký, v uvedeném sledovaném období jich bylo 37. Nad možným vysvětlením, proč je v pomáhajících profesích výrazně méně mužů než žen, se v kontextu sociální práce zamýšlí např. Paulík (2004).

Zásadní a statisticky významný vliv na to, zda respondenti v současnosti pracují v oboru adiktologie, má indikátor práce v oboru již v průběhu studia (Garrouste & Rodrigues, 2013). Výsledky říkají, že takových respondentů bylo mezi absolventy téměř 62 % (Sklenářová

Francová & Janouškovec (2010) uvádí 48 %). Platí, že respondenti, kteří v oboru během studia pracovali, v něm pravděpodobněji pracují i v současnosti, jde o 82 % těch, kteří pracují na plný úvazek a 76 % s úvazkem částečným. Respondenti s touto charakteristikou jsou pravděpodobněji starší 30 let. Toto zjištění je do jisté míry logické, podíváme-li se na profil uchazečů o bakalářské studium – typicky se jedná o absolventy střední školy, ve věku cca 20 let, kteří mohou bydlet u rodičů, kteří jim současně přispívají na studium. V případě prezenčního studia navíc není příliš prostoru pro práci na plný úvazek, proto u této skupiny typicky vidíme zahájení kontaktu s oborem v podobě brigád, případně zkrácených úvazků. Třetina respondentů studovala v kombinované formě, častěji starší věkové kategorie, častěji muži. To podporuje primární účel kombinovaného studia (Willis, s.d.) a současně legitimizuje důvody, proč tato možnost vznikla. Adams et al. (2017) také původně nabízeli pouze prezenční studium, které však následně otevřeli studentům z řad pracujících, a délkou ho přizpůsobili jejich potřebám. Z respondentů, kteří v oboru nepracovali, pracuje v oboru nyní pouze 35 %, zbylá část (tj. 65 %) pracuje v jiných oblastech.

### ***Zaměstnavatelé profese adiktologa***

V praxi adiktologických služeb je výrazně patrný model, kdy v pozicích nejvyššího managementu působí původně kliničtí pracovníci, kteří sami prošli systémem adiktologických služeb jako zaměstnanci, obvykle pak postoupili do pozice vedoucího dílčího programu a následně do managementu celé organizace. Bylo by vhodné se na tento fenomén zaměřit blíže a popsat cesty pracovníků do vedoucích pozic, respektive jejich kariérní dráhu v oboru adiktologie, podobně jako to zpracovali Edwards & Babor (2012). Otázkou je, zda jde o vhodnou praxi či zda je výhodnější model, kdy organizaci vede někdo přímo s manažerským vzděláním, kdo zná principy fundraisingu, řízení organizace, vedení týmu apod. Zajímavý model využili v jedné z dotazovaných organizací, kde oddělili roli výkonného ředitele, který je výkonnou složkou a zajišťuje ji vzdělaný manažer, a roli odborného ředitele, který garantuje odbornost služeb, tuto pozici zajišťuje lékař, adiktolog s dlouholetou praxí v oboru. Mezi zaměstnavateli, kteří naplňují výše zmíněnou charakteristiku, se přirozeně objevovala potřeba doplnit si vzdělání právě v oblasti řízení organizací.

Naše původní hypotéza, že obor vzdělání manažerů organizací může mít vliv na to, jak vzdělané zaměstnance budou hledat, se nepotvrdila, jelikož pouze jedna z organizací nezaměstnávala nikoho se vzděláním v adiktologii. Objevoval se spíše názor, že vzdělání managementu ovlivňuje výběr zaměstnanců nepřímo, prostřednictvím kontaktů a vazeb, které vedení má, a toto pak vede k oslovení určitých osob v případě personálního zajištění služeb. Mezi manažery byli převážně lékaři (celkem 9 osob, z nichž pět mělo i specializaci v oboru návykové nemoci), sociální pracovníci (v 6 případech) či pedagogové. Tři manažeři měli vzdělání v oboru adiktologie. Adiktolog může dle profilu absolventa studia fungovat na pozici managementu organizace, avšak v našich datech se to nepotvrdilo, respektive adiktologové se stávali manažery až po několika letech praxe, nikdo z respondentů nepřišel do organizace po škole rovnou do nejvyššího vedení. Ukázalo se, že větší vliv na to, jaké zaměstnance manažer vyhledává a na jaké pracovní pozice je obsazuje, má skladba donátorů, kteří služby, a tedy i mzdu zaměstnanců, financují. Obecně však platí, že primárním zájmem všech zaměstnavatelů je najít kvalitní zaměstnance, bez ohledu na typ jejich vzdělání.

Mezi manažery lékaři jsme zaznamenali nejnižší míru informovanosti o profesi adiktologa, o jeho kompetencích, výkonech a možnostech, jak ho odborně využít. Omezené znalosti souvisí se skutečností, že respondenti nezaměstnávají adiktology či jejich kvalifikaci nevyužívají.

### ***Fáze (hledání) zaměstnání***

V praxi jsme kromě absolventů identifikovali také 7 stávajících studentů. Mezi samotnými absolventy se taktéž zřetelně ukázalo, že většina z nich pracovala v oboru minimálně brigádně či na částečný úvazek již v průběhu studií. Tento faktor byl zároveň zásadní při následném zaměstnání v oboru. Odborné praxe v organizacích, ale právě i zaměstnávání studentů, hrají důležitou roli ve „výchově“ nových zaměstnanců na straně organizace (Armstrong, 2007; Eyler, 2009) a při sbírání zkušeností a startu profesní kariéry na straně studentů, kteří navíc mohou

působit vhodně jako prostředníci mezi praxí a akademickou půdou, když do výuky přináší zkušenosti z práce a ze školy pak informace do organizace, kde pracují.

Výrazný počet absolventů, které jsme v organizacích identifikovali, byli lidé, kteří ve službě pracovali již před zahájením studia, jež si dodělali v průběhu své pracovní kariéry. Nelze tedy jednoduše porovnat dobu, kdy byla profese adiktologa zakotvena v zákoně č. 96/2004 Sb. a rok, odkdy organizace adiktology zaměstnávají, a reflektovat tak tuto legislativní změnu v praxi.

### **Pracovní pozice adiktologů, náplň práce**

Pracovní pozice, na kterých absolventi adiktologie působí, se velmi liší, zdá se, že výrazně i z důvodu legislativních předpisů, kterými se dané služby řídí. Tato skutečnost limituje některé služby v zaměstnávání adiktologů na pozice adiktologa, a současně je jedinou možností, jak tak učinit. Adiktolog jakožto zdravotnický pracovník může působit ve zdravotnictví, jeho práce může být hrazena z dotací MZ, případně ze zdravotního pojištění. Současně by ale měl mít možnost fungovat v sociálních službách v pozici dalšího odborného pracovníka, a být hrazen z dotací MPSV. To, v jaké oblasti a na jaké pozici bude fungovat, by měla být volba konkrétní služby a samozřejmě adiktologa. Adiktolog je v tomto případě „obojetný“, nezpochybnitelně patří do obou typů služeb. Jako překážka se objevuje v praxi zkušenost, kdy odbory sociálních věcí v některých krajích neuznávají adiktologa jako dalšího odborného pracovníka v sociálních službách a zařazují ho výhradně buď jako sociálního pracovníka (v případě, že tuto kvalifikaci má anebo mu ji přiznají na základě doložení dokladů o státní závěrečné zkoušce) nebo jako pracovníka v sociálních službách, absolvuje-li kvalifikační kurz. Pro výkon druhé zmíněné pozice však dle zákona č. 108/2006 Sb. postačuje středoškolské vzdělání. Koucký, Ryška, & Zelenka (2014) potvrzují negativní trend zaměstnávání vysokoškolsky vzdělaných absolventů na kvalifikačně nižších pozicích, s čímž souvisí také klíčová otázka finančního ohodnocení. Na základě výsledků, které ukázaly, že mít další kvalifikaci v jiném oboru může vést ke zvýhodnění na trhu práce v oboru adiktologie, se nabízí jedna z možností, jak pozici adiktologa snáze integrovat do sociálních služeb, a to snaha o dosažení kvalifikace sociálního pracovníka přímo, prostřednictvím absolvování studia adiktologie, absolvent by tak v jeden okamžik získal dvojí kvalifikaci (Kačírková, 2015).

Polovina respondentů měla pracovní pozici označenou „adiktolog“, kde existuje statisticky významný vztah s vykazováním adiktologických výkonů, respektive zájmem o vykazování. Tato skutečnost vhodně demonstruje probíhající procesy v celém oboru a realizaci koncepce sítě služeb (Miovský et al., 2014b), kde adiktolog figuruje mimo jiné právě specificky v adiktologických ambulancích. Platí, že v kontaktních centrech pracuje 16 % těch, kdo mají pracovní pozici adiktologa (oproti 35 % respondentů s jinak označenými pozicemi), 46 % „adiktologů“ působí v ambulantní léčbě (oproti 13 %), celkem 56 % adiktologů vykazujících výkony působí v oblasti zdravotnictví (oproti 22 %) a 80 % z nich se věnuje cílovým skupinám bez rozdílů (oproti 37 % respondentů s jinými pracovními pozicemi).

Druhá polovina absolventů má pracovní pozice označené jinak. Mohli bychom usuzovat na legislativní překážky nebo neochotu zaměstnavatelů označit jejich pozici reálnou odborností, nicméně spíše se ukazuje, že většina těchto absolventů adiktologie má současně i další odbornou kvalifikaci, tudíž může být administrativně i formálně jednodušší zařadit absolventa adiktologie na jinou pracovní pozici, a to zejména jedná-li se o sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. V případě některých kombinací (např. adiktolog + zdravotní sestra / sociální pracovník) může být dvojí kvalifikace praktickou výhodou. Platí, že respondenti pracující na pozici zdravotní sestry, působí nejčastěji v kontaktních centrech a ústavní léčbě závislosti, respondenti s pozicí sociální pracovník pracují nejpravděpodobněji v KC a ti, jejichž pozice je označena terapeut, pracují nejčastěji v ústavní léčbě.

Náplň práce adiktologů nezávisle na pracovní pozici odpovídá typu zařízení, ve kterém absolventi pracují (Richterová Těminová, 2008). Výsledky ukazují také skutečnost, že zaměstnavatelé mnohdy přijmou adiktologa, ideálně s další odpovídající kvalifikací, ale i bez ní, zařadí je do stávající organizační struktury dle svých možností a zdrojů finančních příjmů (na jiné pracovní pozice), a tito adiktologové pak i přesto provádějí valnou část adiktologických

výkonů, jak je definuje sazebník výkonů. Striktně adiktologické výkony využívají absolventi pracující ve zdravotnických adiktologických ambulancích.

Zajímavý výsledek se ukázal u pracovní pozice označené specificky terénní/kontaktní pracovník, kde se výkon „výměna injekčního materiálu“ objevil pouze v jedné odpovědi, přičemž podstata práce v terénních programech či kontaktních centrech spočívá právě v této činnosti. Výskyt převážně terapeutických výkonů odráží úzce specializovanou činnost adiktologů, jejichž pozice je vymezena jako terapeut. Zde je klíčové uvažovat nad tím, že takoví zaměstnanci pravděpodobně absolvovali či jsou frekventanty psychoterapeutického výcviku.

U vedoucích pracovníků vidíme menší zaměření na klinickou práci, objevuje se specifický výkon „řízení“, ale je zřejmé, že většina vedoucích adiktologických služeb se minimálně částí svého úvazku stále věnuje přímé práci s klienty, nikoliv výhradně manažerské práci.

Zajímavý rozdíl se objevil také u cílových skupin, s nimiž respondenti ve službách pracují. Mladší, do 29 let, pracují ve většině s klienty z řad uživatelů nelegálních NL, oproti tomu hlavní cílovou skupinou respondentů ve věku 30-39 let jsou osoby závislé na alkoholu. Tento rozpor se zobrazil při rozhovoru s jedním ze zaměstnavatelů, který vyjádřil pochybnost, zda studium adiktologie vybavuje studenty dostatečně pro práci i s jinými cílovými skupinami než právě s uživateli nelegálních drog.

### **Typy služeb, kde jsou adiktologové zaměstnaní**

Obor adiktologie je v praxi tvořen kompletní paletou služeb. Zahrnuje služby nestátní, státní i soukromé, služby na bázi sociální, zdravotní, obou, ale i na dalších základech (např. protidrogová politika, prevence). Adiktology jsme našli ve všech typech adiktologických služeb, v celém terapeutickém kontinuu, což odpovídá ve 100% aktuálně platnému profilu absolventů adiktologie dle Akreditačního spisu (2011). Zdá se, že se profese postupně integruje nejen do zdravotnictví, ale i do sociálních a dalších služeb. Takto se objevily nemocnice, které adiktologa využívají mimo jiné i v roli poradce pro celou nemocnici, nikoliv specificky na oddělení psychiatrie či adiktologické ambulance, ale i v rámci ostatních oddělení (*„Dostala pozici adiktologa s tím, že může poskytovat poradenství i jiným oddělením. Když někdo zavolá z uzavřeného ženského oddělení, ona tam jde, udělá pohovor, zjistí stadium motivace, provede polokonziliární činnost, jestli je schopná nastoupit.“*). Stávají se součástí také ambulantní péče, kam přináší nový prvek adiktologických ambulancí. Oproti tomu nebylo vůbec zmíněno využití adiktologa v pozici case manažera, která se dle profilu absolventa pro něj zdá vhodná. Kromě klinických oblastí oboru se adiktologové uplatňují také v oblastech výzkumu, protidrogové politiky a státní správy. Jeden ze zaměstnavatelů vhodně připomněl, že dokud v těchto pozicích budou působit výhradně zástupci jiných profesí, budou tyto rozhodovat o vývoji oboru adiktologie a doporučil, aby se obor na tuto oblast zaměřil. Uvedený výčet demonstruje transdisciplinárnost adiktologa a schopnost komunikovat s dalšími odborníky, nacházet své místo v existujících pracovních týmech a vhodně spolupracovat.

Navíc se ukazuje, že ti, kteří v současnosti pracují v jiných oborech, mají v řadě případů další kvalifikace, které jsou však adiktologii blízké. Proto je pravděpodobné, že vzdělání v adiktologii tito absolventi využijí i mimo obor adiktologie (jednalo se o respondenty pracující ve zdravotnictví, v sociálních službách, školství, u policie).

### **Ambulantní léčba, adiktologické ambulance**

Nejvyšší podíl adiktologů se uplatňuje v ambulantních službách, kterých je však v ČR nejvyšší počet (dle zpráv o realizaci protidrogové politiky za rok 2016, Mravčík et al., 2017). Ambulantní léčba je navíc hlavní preferovanou službou pro obě skupiny absolventů, tedy ty, kteří v oboru adiktologie pracují i ty, kteří pracují v oborech jiných. Ukázalo se, že v ambulantní léčbě pracují všichni s praxí delší než 2 roky, respondenti s kratší dobou praxe v tomto typu služby pravděpodobně nepracují. Z výsledků se zdá, že vzdělávání a vývoj v oboru facilitují změny v systému služeb i v jejich obsahu. Jako dobrý příklad mohou sloužit právě adiktologické ambulance (Fidesová et al., 2013; Sklenář, 2016), které se v posledních letech rozvíjí, a které vznikají za účelem možnosti uplatnit odbornost adiktologa bez odborného dohledu, jeho vzdělání, jež ho připravilo na pozici vedoucího služby, a především za účelem



uzavírání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami o úhradě adiktologických výkonů. Ambulance jsou primárně vázané na profesi adiktologa, organizace, které se rozhodly ambulanci zřídit, dokonce hovoří o nutnosti zaměstnat adiktologa, a současně vyjadřují obavy, zda by takovou pozici měl zastávat absolvent bakalářského studia s krátkou dobou praxe. V těchto pozicích mnohde figurují tzv. uznání adiktologové. V té souvislosti padl návrh na stanovení věkové hranice pro přijetí adiktologa do adiktologické ambulance a délku dosavadní praxe. Nicméně nelze vyloučit, že by to adiktology spíše vedlo k zakládání nových ambulančí než k hledání zaměstnání v těch stávajících anebo v jiných typech služeb.

Provoz ambulančí s sebou přináší řadu výhod, které byly zmiňovány samotnými zaměstnavateli. Hlavní výhody spatřují právě v možnosti vykazování adiktologických výkonů pojišťovnám, kdy se jedná o příjem nezávislý např. na komunitním plánování či přidělování dotací, relativně stabilní, a navíc má ambulance lepší zvuk pro spolupracující orgány a instituce, než například kontaktní centrum (v komunikaci, při doporučení, v odborných zprávách). Limit může pro organizace představovat nutnost indikace psychiatra k adiktologickým výkonům. Také bodová hodnota výkonů není tak vysoká, aby se ekonomicky vyplatila ve službách, kde primárně působí psychiatr (příklad fakultní nemocnice), jehož výkony jsou hodnoceny výrazně výše. Tyto faktory mohou snižovat zájem organizací o vytvoření adiktologické ambulance, zaměstnání adiktologa a usilování o smlouvu s pojišťovnou. Respondenti z řad psychiatrů navíc nerozuměli nutnosti indikace pro všechny výkony, zmiňovali, že pak už si mohou péči o klienta zajistit kompletně sami. Nicméně je potřeba zdůraznit, že takto se vyjadřovali lékaři působící v adiktologických službách, ne ti, kteří nemají zájem o práci s uživateli drog. V budoucnu by bylo vhodné zaměřit další výzkum právě na tuto skupinu lékařů, kteří naopak mohou vítat spolupráci s adiktologem, kterému klienty indikují do péče, a následně se o něj nemusí „starat“. Někteří zaměstnavatelé vyjadřovali skepsi k tomu, že by si ambulance na sebe byla schopna vydělat pouze ze zdrojů ze zdravotního pojištění.

Druhou nejčastěji preferovanou službou byly služby nízkoprahové, kde pracuje nejvíc respondentů z řad absolventů působících v oboru (celkem 44 %, shodně s výzkumy Sklenářové Francové & Janouškovce (2010) i Kačirkové (2015)). V ostatním pořadí se již obě skupiny respondentů rozcházejí. Kdyby mohli volit, rádi by absolventi aktuálně pracující mimo obor pracovali v doléčovacím programu, ve výzkumu, v terapeutické komunitě, ve vězeňství, stacionáři a v málo případech také v oblasti prevence. U zaměstnaných v oboru se na třetím místě nejčastějších odpovědí objevuje ústavní léčba závislosti následovaná 12 osobami pracujícími v prevenci. Nízký počet odpovědí (5 a méně) jsme zaznamenaly u výzkumu, terapeutických komunit, doléčovacích programů, stacionární léčby a vězeňství.

Ve výzkumu se potvrzují slova Kulhánka (2017), který hovoří o nedostatku adiktologů ve službách pro kuřáky a současně o jejich nedostatečném zájmu, až bagatelizaci tématu užívání tabáku, v adiktologických službách. Potvrzuje slova jednoho ze zaměstnavatelů, který pojmenoval svůj dojem, že adiktologové jsou primárně orientovaní na práci s uživateli nelegálních NL. Není neobvyklé, že adiktolog odešle svého klienta, který má zájem o odvykání kouření, do péče jiného odborníka, především lékaře specializovaného na problematiku léčby závislosti na tabáku. Přitom „adiktologové jsou plně odborně vybaveni pro poskytování kvalifikované léčby závislosti na tabáku“ (Kulháněk, 2017, p. 181). Mezi lékaři, kteří zaměstnávají adiktology, se objevil nesouhlas s procesem, kterým psychiatrie vypustila problematiku závislosti na tabáku do rukou interních lékařů. Je tedy výzvou pro obor, aby tuto nedílnou součást znovu zahrnul do své gesce a aktivně se angažoval v práci s touto cílovou skupinou. Vznikající síť adiktologických ambulančí by mohly tvořit takový prostor, a současně zvýšit dostupnost takového typu služeb (i ve smyslu prahu „lékař x nelékařský zdravotnický odborník“) a podpořit včasný záchyt kouření. Svě místo v systému služeb pro kuřáky mají dle Kulhánka (2017) také dětské adiktologické ambulance, které se v posledních letech úspěšně rozvíjejí a integrují do terapeutického kontinua adiktologických služeb v České republice (Miovský & Popov, 2016a, b).

Studium adiktologie je koncipováno tak, aby umožňovalo absolventům klinickou profilaci, ale také směr teoretický, politický (Miovský et al., 2016). Nicméně podíl absolventů v klinické

práci (87 %) výrazně převyšuje absolventy pracující v neklinických oblastech, tj. ve výzkumu, státní správě, politice apod. (naše studie 13 %, Sklenářová Francová & Janouškovec (2010) uvedli 25 %). Tomuto rozdílu je nutné věnovat pozornost, čímž předejdeme dalšímu rozevírání pomyslných nůžek. Podobný trend je patrný také v Evropě, kde ze 34 identifikovaných programů byly 2 orientované specificky na výzkum, další 2 na business (Pavlovská et al., 2017).

Z výsledků mezi absolventy studijních programů adiktologie plyne informace o výrazné míře centralizace do Hlavního města Prahy. Zaměstnavatelé se k tomu vyjadřovali jen okrajově, hovořili spíše obecně o nedostatku absolventů ve svých krajích, nicméně důvěřují tomu, že až se nasytí poptávka v Praze, budou absolventi nuceni uvažovat o stěhování či alespoň zaměstnání v krajích, odkud původně pocházejí. Objevila se také otázka týkající se dojíždění do zaměstnání, v ČR to není příliš obvyklé. Zaměstnavatelé nemívají alokované zdroje na proplácení cesty do a ze zaměstnání a stěžují si, že adiktologové, pokud dojíždějí, pak do Prahy, kde se jim investice do cestování vrátí v podobě vyššího platu. V zahraničí není neobvyklé, vzhledem k větším vzdálenostem, dojíždět do zaměstnání. Trendy ve Spojeném království shrnuje zpráva Department for Transport (2017). Jak je zřejmé z výsledků týkajících se finančního ohodnocení, plat není v oboru adiktologie tak silným motivačním faktorem, který by adiktology přiměl přestěhovat se za prací mimo Prahu.

Nejvýraznější nedostatek adiktologů se ukázal v nízkoprahových službách. Podle názorů zaměstnavatelů se zdá, že je zde výrazná tendence adiktologů směřovat k práci ve službách s tzv. vyšším prahem, právě k ambulantním provozům. Tento vývoj je do jisté míry pochopitelný, i vzhledem k platnosti současné Koncepce sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2014b) a startujícímu procesu úhrad adiktologických výkonů ze zdravotního pojištění. Na druhou stranu, výsledky mezi absolventy studia ukazují, že nízkoprahovými službami projde velká část studentů a absolventů, pracují zde převážně mladší respondenti do 29 let a bez delší praxe, a buď zůstanou anebo míří výše. Nízkoprahové služby mohou fungovat jako vstupní služba, kde adiktolog sbírá zkušenosti a následně je využije v zaměstnání v jiném typu služby. Respondenti ze skupiny zaměstnavatelů vedli úvahu nad tím, zda by systém nemohl fungovat opačně, tj. vzhledem k tomu, že práce v nízkoprahových službách je náročná psychicky, ale zejména ve smyslu respektu ke stavu a plánům klienta, které často nezahrnují abstinenci, a snížení nároků na změnu u klienta ve prospěch akceptace a doprovázení. Taková práce vyžaduje zralost, nikoliv touhu po změně a výsledcích, a mohla by tak být pomyslným vrcholem kariéry adiktologa spíše než službou, kde pracují brigádně při studiu a poté odejdou. Jiný názor zahrnoval myšlenku, že adiktologů je pro nízkoprahové služby škoda, že tam plně nevyužijí potenciál a vzdělání, které mají.

Kromě fenoménu centralizace adiktologů výrazně vystupovala aktuální situace v oblasti zaměstnanosti, která je v ČR v posledních dvou letech rekordně vysoká: obecná míra nezaměstnanosti 15–64letých dosáhla v červnu 2017 úrovně 2,9 % a meziročně se snížila o 1,3 procentního bodu. Míra zaměstnanosti téže skupiny činila 73,3 %, a oproti červnu 2016 se zvýšila o 1,6 procentního bodu (ČSÚ, 2017). Informace o 58 % absolventů zaměstnaných v oboru adiktologie tak mohla být ovlivněna obdobím, kdy byl výzkum realizován. Je proto ještě více náročné najít (kvalitní) zaměstnance, jak již bylo zmíněno, zejména mimo Prahu.

Jiným aspektem nedostatku pracovníků může být průběžný odliv adiktologů na rodičovskou dovolenou. Celkem 22 % žen – absolventek uvedlo, že v nadcházejících 5–10 letech plánují založení rodiny, a tedy minimálně dočasný odchod z oboru. Během té doby jistě přibudou další absolventi, s tímto fenoménem je však důležité počítat a pro zaměstnavatele např. nutné plánovat v případě adiktologických ambulancí, jak jsme uvedli výše.

Muži daleko častěji zvažují otevření vlastní praxe či stojí o pozici v managementu organizace. Stejně plány se objevují častěji u absolventů bakalářského a kompletního vzdělání v adiktologii, oproti tomu absolventi pouze Mgr. studia se daleko častěji vidí mimo obor adiktologie. Výše platu souvisí s tím, jaké plány respondenti mají. Tj. čím nižší plat, tím vyšší pravděpodobnost odchodu z oboru, anebo naopak vyšší zájem otevřít si vlastní praxi, kde buď mohou uzavřít smlouvu s pojišťovnou anebo mohou pracovat na přímou úhradu klientů (např.

psychoterapeutická praxe), tudíž si teoreticky vydělají více. Jedna respondentka uvedla zájem pracovat v adiktologii v zahraničí, zde se otevírá prostor pro podporu uznávání kvalifikace adiktologa v jiných zemích.

Ve výsledcích mezi absolventy se objevily podněty pro rozšiřování pole působnosti profese adiktologa i do dalších oblastí, ať souvisejících či příbuzných nebo jiných, kde se však adiktologická problematika také může vyskytovat, mezi příklady zmiňme školství (Moreira, Lemos Vóvio & De Micheli, 2015), odbory sociálně právní ochrany dětí (Preslová, 2015b; Šubrtová, 2015), armádu (Leskin, 2015). Zaměstnavatelé pojmenovali potřebnost adiktologa v dalších oborech také a doplnili výčet oblastí o léčebny dlouhodobě nemocných (Vondráčková, 2016), domovy pro seniory (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014), azylové domy (Králová, 2010) apod. V posledním roce se rozšířila také oblast vězeňství (Kolind & Duke, 2016; Mjåland, 2016), kde nově přijímají adiktology.

### **Finanční ohodnocení adiktologů**

Ve výši finančního ohodnocení se mezi skupinami respondentů nevyskytly výrazné rozdíly, naopak se zdá, že uvedené hodnoty mohou odpovídat realitě. Liší se samozřejmě z hlediska délky praxe a v závislosti na pracovní pozici (vedoucí služeb mají plat vyšší), co se týče absolventů adiktologie bez delší odborné praxe, pohybuje se měsíční hrubá mzda okolo 20 tisíc Kč. Podíváme-li se na podobné pomáhající profese a odhady jejich průměrné hrubé mzdy, vidíme, že adiktolog, se zde zjištěným průměrem 19,5 tisíce Kč, je ve srovnatelné kategorii se sociálním pracovníkem (19 tisíc), nutričním terapeutem (20 tisíc), i všeobecnou sestrou (22,5 tisíce Kč) (Profesia CZ, 2017). Výše se pohybují klinický psycholog a lékař. Středisko vzdělávací politiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy realizovalo v letech 2013/2014 průzkum Reflex mezi 35 tisíci absolventy vysokých škol o jejich příjmech, zaměstnanosti a spokojenosti (Koucký et al., 2014). Průměrný měsíční příjem absolventa VŠ v prvních pěti letech jeho kariéry činil 31 200 Kč, zároveň platí, že na příjem vyšší než 30 tisíc Kč dosáhne pouze třetina absolventů, nižší platy mají především profese učitelů a zdravotníků (vyjma lékařů). Do této kategorie patří také profese adiktologa.

Zaměstnavatelé jsou si vědomi výše platů adiktologů (i dalších zaměstnanců) a snaží se ho co nejvíce kompenzovat, a tím zároveň motivovat své zaměstnance k setrvání v adiktologických službách. Je téměř pravidlem, že mezi benefity zaměstnání patří podpora vzdělávání zaměstnanců (ať psychoterapeutického vzdělání, kurzů anebo právě studia adiktologie), kam patří nejen uvolnění ze zaměstnání, ale také proplácení kurzů, cestovného apod. Plat není pro absolventy zásadním motivačním faktorem (vzhledem k reálně nízké výši), v praxi oceňují daleko více možnost vykonávat terapeutickou práci a dobrý pracovní kolektiv. Tyto dva aspekty byly v kontrastu u mužů a žen, výsledek však není statisticky významný. Výše platu byla důležitější pro muže. Můžeme si klást otázku, zda adiktologové nepovažují plat za tak důležitý proto, že znají realitu oboru a ví, že ji chtějí vykonávat navzdory této skutečnosti, anebo proto, že jsou s tímto stavem smířeni a motivaci tak hledají v jiných oblastech.

Plat je reálně nízký, obzvlášť v případě absolventů těsně po dokončení studií a bez odborné praxe, nicméně stálo by za pokračování výzkumu toho, jakou představu o výši platu adiktologové mají, o čem se vlastně konkrétně bavíme jako o dostatečném ohodnocení. Ve výsledcích od zaměstnavatelů plyne zkušenost, že absolventi adiktologie mají nereálná očekávání platu („*Chtějí 22 tisíc, ale čistého. Chtějí být hned vedoucí.*“). Výsledky mezi absolventy ukazují, že téměř všichni spíše nejsou spokojeni s výší svého platu, zároveň plat není tím důvodem, který je v oboru drží, a může být důvodem, proč z něj odcházejí, jak potvrzují také výzkumy Sklenářové Francové & Janouškovce (2010) i Kačírkové (2015). Rizikem takto podfinancovaných odborníků může být jejich nedostatek, případně odliv mimo obor, podobně jako tento proces vidíme u lékařů („New American Economy“, 2017).

Platy byly vyšší u mužů, u respondentů pracujících na pozici „adiktolog“, u starších s delší dobou praxe v oboru i práce v daném zařízení, u těch, kdo pracují ve službách se zdravotnickým statutem. Rozdíl je také mezi jednotlivými kraji. Nejvyšší plat byl v terapeutických komunitách a oblasti protidrogové politiky.

Někteří respondenti mají kromě práce v oboru adiktologie ještě další zaměstnání, z výsledků plyne, že se vždy jednalo právě o ty, kteří měli nižší plat a působili ve službách se sociálním statutem. Oproti tomu práce ve službách zdravotních a vyšší plat mají vliv na to, zda bude respondent v zařízení pracovat na plný úvazek.

### ***Adiktologové mimo obor adiktologie***

U pracujících mimo obor můžeme sledovat čtyři skupiny respondentů: 1) hledali práci v adiktologii a chtějí ji i do budoucna, 2) hledali práci v adiktologii, ale našli se v jiném oboru, 3) nehledali práci v adiktologii a chtěli by ji, 4) nehledali práci v adiktologii a ani do budoucna o ni nemají zájem. Celkem 38 % respondentů uvedlo, že chce i nadále setrvat v práci v jiném oboru než je adiktologie.

Další kvalifikace adiktologů mají vliv na to, zda pracují v oboru či nikoliv. Výsledky ukázaly, že respondenti, pokud pracovali mimo obor adiktologie, využívali právě svou druhou kvalifikaci, tj. např. sociální pracovník působící v sociálních službách jiných než jsou služby adiktologické. Edwards & Babor (2012) popisovali různé cesty vývoje kariéry v oboru adiktologie, jedním z nich je i cesta přes další kvalifikaci. Zároveň však další kvalifikace adiktologům umožňuje snadno obor opustit a využít širšího uplatnění své původní profese.

Mezi hlavní důvody, proč absolventi adiktologie nepracují v oboru adiktologie či ho postupem času opouští, patří zejména nízké finanční ohodnocení. Zde můžeme využít srovnání s dalšími odborníky (viz výše) a vidíme, že platy jsou podobně nízké ve všech uvedených disciplínách. Rozdíl je patrný zejména mezi lékaři a nelékaři. Dalším důvodem je vnímaný nedostatek pracovních příležitostí. Tento důvod mohl být zahrnut i historicky, tj. absolventi pracují mimo obor již nějaký čas a v době, kdy se rozhodovali, mohlo toto platit. Nejčastěji se tato odpověď objevovala mezi respondenty z Karlovarského, Pardubického, Plzeňského a Moravskoslezského kraje. Např. Mravčík et al. (2017) potvrzují, že ve všech těchto krajích zatím není v provozu žádná adiktologická ambulance. V současné době, kdy je míra zaměstnanosti na vysoké úrovni, je ruku v ruce s tím výrazná poptávka po kvalitní a vzdělané pracovní síle, zaměstnavatelé potvrzují svůj zájem o profesi adiktologa. Třetím důvodem byly zajímavé pracovní nabídky v jiném oboru, které respondenti využili a následně se do oboru již nevrátili. Toto je velmi legitimní důvod pro pracovní uplatnění mimo obor.

## **7.4 Identita profese a etablování do praxe**

Vzestup odborníků, kteří se identifikují jako specialisté na problematiku závislostí, ať působí v klinické praxi či ve výzkumu, je dle Babora (2000) fenoménem 20. století. Adams et al. (2017) zmínili některé základní podmínky, které musejí být splněny, aby se nová profese a vzdělávání integrovaly do stávajících systémů. Sem patří definování praktických kompetencí, ustanovení mechanismů pro dodržení etických norem, klíčová je spolupráce mezi jednotlivými profesemi, vzájemná edukace, vyjasnění rolí a kompetencí, aby byla zajištěna kvalitní péče o klienta (ATTC, 2017), což Butler (2011a) zmiňuje jako nezbytnou podmínku fungování specialisty adiktologa, nepředpokládá, že by adiktolog mohl někdy pracovat zcela autonomně. Zásadní je také podpora odborných praxí studentů, případně podpora zaměstnání již při studiu. Vytváření standardů profese i vzdělávání a klíčových dokumentů oboru, rozvoj profesních platform a edukace veřejnosti plynule navazují (Greer & Kuehn, 2009). Podporu specializaci v adiktologii, konkrétně v adiktologickém poradenství, vyjádřil také Council for Accreditation of Counseling & Related Educational Programs (CACREP), když rozhodl o zařazení specializace mezi své standardy vzdělávání (Astramovich & Hoskins, 2013). V neposlední řadě je zásadní zajištění celoživotního vzdělávání a akreditací, bez nichž zůstává mezera mezi potřebami klientů a existující úrovní znalostí a dovedností profesionálů v adiktologii (Duryea & Calleja, 2013).

### ***Zapojení do České asociace adiktologů (ČAA)***

Ukazuje se, že vyšší motivaci stát se členy ČAA mají absolventi bakalářského studia, spíše z řad vyšších věkových kategorií a ti, kteří pracují v současné době v oboru adiktologie v pozicích klinických pracovníků. Nicméně podíváme-li se na členství z hlediska jednotlivých ročníků dokončení studia, vidíme spíše klesající tendenci, kdy nejméně členů bylo mezi

absolventy z posledních let. Zaměstnavatelé měli téměř bez výjimky povědomí o existenci profesní asociace, nicméně polemizovali nad jejím vlivem, ve srovnání s odbornou společností SNN, případně Českou lékařskou komorou, kde je členství povinné, avšak přináší zapojeným odborníkům jednoznačné benefity, zejména v podobě garance kvality jimi poskytované péče a prosazování jejich zájmů. Ze Stanov ČAA (2016) takové benefity nevyplývají, zájemci na webových stránkách najdou pouze pokyn, jak se členem stát a jaká je výše ročníku poplatku. V souvislosti s identitou a profesionalizací profese se zdá vhodné uvažovat nad způsoby, jak mladé adiktology zaujmout, motivovat k rozšiřování členské základy. Širší zastoupení pak vytváří jasnou vizi a sílu také pro komunikaci směrem k jiným oborům i k veřejnosti. Propagace členství výrazně souvisí s propagací oboru celkově, a také se zvyšováním zájmu mladých studentů a čerstvých absolventů o vstup do oboru a aktivní zapojení do jeho dění (Edwards & Babor, 2012).

### **Propagace oboru, edukace veřejnosti**

Absolventi okrajově pojmenovávali své obavy, že profese adiktologa stále není dostatečně zakotvená, veřejnost neví, co si představit pod pojmem adiktologie, a měli tak dojem, že obor nemá adekvátní prestiž. Mezi zaměstnavateli se tento fenomén objevil ve výraznější míře, konkrétně v nepřiliš výrazném přehledu o tom, co je obsahem studijního plánu adiktologie, kdo na fakultě vyučuje, jaké metody apod. Směrem k praxi zkušenosti a znalosti sílily, avšak i zde zůstávaly limity ve výkladu či kompletnosti informací. Příkladem může být nejnovější vývoj v oboru, tj. vznik nových adiktologických ambulancí postavených na profesi adiktologa, jehož péče může být hrazena na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

V rámci propagace a ukotvování oboru se dle výsledků jeví jako užitečné vymezit výstupy z učení, profil absolventů a jejich kompetence, kterými po dokončení studia disponují, i kompetence profese adiktologa a směřovat k vyšší míře komunikace těchto informací směrem do praxe. Pro veřejnost i obor jako celek může být matoucí několikeré vymezení profese adiktologa, kdy dle zákona je adiktolog zdravotnickým pracovníkem, avšak podle profilu absolventa studia definovaného platným Akreditačním spisem (2011), se jedná o transdisciplinárního generického pracovníka. Nejasnost v pojetí dokládá i následující výpověď jednoho ze zaměstnavatelů: *„Nerozumím tomu, co ta škola dělá a jaký má produkt. Má produkt zdravotnického pracovníka, kterýho nemám kam dát, a musím se sám o to snažit, prosazuje koncept politiky, který mě ohrožuje, ta škola je pro mne nečitelná. Mluvím o produktu, kterým je ten absolvent. Nemyslím dovednosti, já myslím, kdo adiktolog je a jak ho integrovat...“*

Respondenti ze skupiny zaměstnavatelů projevili zájem o zapojení do výuky ve smyslu představení své organizace a motivování studentů k práci u nich, zmínili také možnost pozvat absolventy do organizací, kde by o oboru adiktologie mluvili a společně diskutovali. Také je nezbytné zaměřit se na edukaci jiných profesí a odborníků mimo adiktologické služby, a tuto aktivitu rozvíjet kontinuálně. Pro prohloubení identity a profesionality oboru je klíčové, aby odborná i obecná veřejnost věděly, kdo adiktolog je a kdo ne, jaká je jeho role v systému služeb, jak může být zapojen v týmu, jakým způsobem je s ním možné spolupracovat. Taková aktivita by měla vzejít od profesní organizace České asociace adiktologů, která sdružuje také absolventy studijních programů adiktologie, má přehled o aktuálním dění v oboru a zároveň, zdá se, dostatečnou prestiž na to, aby byla slyšena. Jako vhodné se jeví také zapojení současných studentů oboru, například těch, kteří se organizují a aktivně propagují obor adiktologie z České asociace studentů adiktologie ([www.addictology.net](http://www.addictology.net)). Běláčková se Šimůnkovou (2012) upozorňují na zásadní význam ochoty a schopnosti odborníků v adiktologii sloužit jako mediální zdroje. V opačném případě se totiž v oboru adiktologie vyjadřují převážně zástupci represivních složek, a obor tak získává odlišný mediální obraz. Způsob, jakým je obor prezentován a propagován, ovlivňuje obraz, který se ve společnosti vytváří. To vypovídá jak o oboru, tak o profesi adiktologa. Jak píše Běláčková & Šimůnková (2012), vzniká zde prostor pro vzdělávání nejen na straně odborníků z řad akademické půdy a klinické praxe o tom, jak postupovat při popularizaci vědy a podpoře adekvátního mediálního obrazu oboru adiktologie, ale také novinářů v základních pojmech a aktuální situaci v oboru.

### **Internacionalizace oboru**

Pro zvyšování prestiže oboru a uplatnění absolventů adiktologie je nezbytná kontinuální spolupráce mezi studenty, absolventy, univerzitami a zaměstnavateli v praxi, ale také příslušnými stakeholdery. Univerzity by měly evaluovat studijní programy, dle požadavků praxe je inovovat a rozvíjet, a cyklicky mapovat úspěšnost absolventů při integraci na trh práce. Tento proces je univerzálně platný, aktuální evaluaci a výstupy z ní realizovali např. na americké univerzitě McMaster University (2018). Evaluaci čtyř tréninkových programů orientovaných na výzkum v adiktologii realizovali Campbell et al. (2017). Je důležité dodat, že odborné články popisující důvody a proces ukončení univerzitního programu nejsou příliš obvyklé ve srovnání s publikováním informací o programech nově vzniklých (např. v Německu Forberger, Riedel & Bühringer, 2017).

Pražský model studia adiktologie (Miovský et al., 2016) kvalifikuje dle platné legislativy své absolventy pro práci ve zdravotnictví, což vytváří z hlediska tuzemského trhu práce a uplatnitelnosti absolventů velmi specifickou a od mnoha zemí odlišnou situaci. Tato studie zaměřená právě na komplexní zmapování vstupu profese na trh práce přináší první informace. Z procesu mapování zahraničních programů víme, že v Evropě funguje minimálně 5 programů postavených na zdravotnické bázi (fungují na lékařských fakultách) (Pavlovská et al., 2017), bylo by užitečné navázat spolupráci a provést hloubkovou analýzu kvalifikace jejich absolventů a porovnat s českým kontextem.

Příkladem dobré praxe a kroku směrem k efektivnější přípravě studentů může být implementace specifických kurikul – Universal Prevention Curriculum a Universal Treatment Curriculum (ICUDDR, 2017), které vznikly v USA, nicméně byly široce implementovány v regionech Asie, Afriky a dalších, a v současné době je přebírají také evropské univerzity, mezi nimi také Univerzita Karlova jakožto evropské koordinační centrum ICUDDR. Využití kurikul jako jakéhosi minimálního standardu vzdělávání v adiktologii by mohlo posloužit následnému vytvoření mezinárodního rámce přenosu vzdělávání mezi zeměmi. Absolventi adiktologie se ve výsledcích zmínili o chybějícím ekvivalentu vzdělání a uplatnění v zahraničí. Pro účely srovnatelnosti studijních programů v ČR a v zahraničí slouží toho času tzv. ECTS kredity, které jsou přiděleny každému vyučovanému předmětu, jak stanoví Boloňský proces (European Union, 2018). Nicméně v případě adiktologie omezuje možnost uznání neexistence shodného programu v jiných evropských zemích. Jak ale nyní víme, v Evropě a ve světě existují programy velmi podobné, proto se nabízí úvaha, zda by dané země mohly akceptovat vzdělání v adiktologii v ČR. Přesně pro tyto účely vzniklo International Centre for Credentialing and Education for Addiction Professionals (ICCE; Colombo Plan, 2016), jehož hlavní činností je hledání společných rysů jednotlivých studijních programů v adiktologii a jejich uznávání mezi státy. Proces sjednocování kvalifikací a uznávání vzdělání se rozšiřuje a stává aktuálním a žádaným, ruku v ruce se vznikem a fungováním ICUDDR, pod jehož hlavičkou je možné navazovat spolupráci mezi dílčími univerzitami, sdílet základní koncepty a techniky vzdělávání v adiktologii a napomáhat tak překročení limitů daných tvorbou vlastních konceptů a podoby vzdělávání pouze v rámci historických podmínek daného regionu. Výsledkem bude harmonizace směrem ke zkvalitnění vzdělávacích programů a reputace celého oboru (Miovský et al., 2015).

### **7.5 Silné stránky a limity práce, implikace pro další výzkum**

Realizovaná studie pracovní uplatnitelnosti je výjimečná svým záběrem, ať v počtu respondentů, kteří byli zvoleni zrcadlově z řad absolventů studia i jejich potenciálních zaměstnavatelů pro zajištění co nejvyšší míry objektivity, tak v šíři zjištění. Na jejich základě je možné skutečně reagovat úpravami ve studijních plánech i v reálné praxi, a především otevřeně vést diskuzi nad směřováním oboru adiktologie. Výsledky jsou unikátní také v mezinárodním kontextu, kdy při mapování zahraničních studijních programů se potvrzovalo, že studie podobného rozsahu nemá obdoby, a bude tak užitečné ji replikovat např. na spolupracujících programech univerzit zapojených v ICUDDR.

Mezi potenciální limity práce patří možné zkreslení dané samovýběrem respondentů, kteří dotazník v online podobě vyplnili. Samotný sběr dat převážně prostřednictvím internetu mohl některé respondenty vyřadit. Omezení může představovat také 59% návratnost dotazníků od absolventů studijních programů, nicméně rozeslání výzvy k vyplnění bylo zopakováno třikrát. Také nemáme informace o absolventech, kteří se rozhodli dotazník nevyplnit, některé absolventy se nám nepodařilo kontaktovat vůbec. Některé formulace otázek nebyly zvoleny vhodně, varianty odpovědí u otázek v dotazníku pro absolventy studia ve výsledku neodpovídají odpovědím, které jsme získali od zaměstnavatelů, proto výsledky není možné zcela porovnat.

Výběr respondentů zaměstnavatelů mohl být zkreslen původním záměrem vybrat z každého kraje minimálně jednu organizaci. Jako zásadní parametr se však ukázaly kraje působnosti organizace spíše než to, kde má organizace sídlo. Tento bias jsme se snažili ošetřit již ve fázi výběru, kdy za každý kraj byly zvoleny organizace, následně se však ukázalo, že jejich působnost je v jiných krajích, a tedy výsledky nereflektují rovnoměrně informace ze všech krajů ČR. Vzhledem k pozitivním výsledkům, kdy ve všech kromě jedné organizace byly zaměstnané osoby se vzděláním adiktologa, nelze zaručit, že bychom našli zcela jiné typy organizací a služeb, kde adiktologové zatím nejsou integrováni, ale tyto jsme nevzali v potaz.

Autoři studie jsou spoluvůrci studijního programu, tato skutečnost byla průběžně reflektována a pro zajištění objektivit probíhaly konzultace se zástupci ČAA.

V návaznosti na zjištěné výsledky by bylo vhodné se v dalších výzkumech zaměřit na motivaci uchazečů ke studiu adiktologie (v sociální práci je obvyklé, že ke studiu se hlásí „děti alkoholiků nebo s problémem závislosti někde v rodině“ (Běláčková, 2007, p. 480)), mimo jiné pro včasnou reflexi rozvoje „syndromu pomáhajícího“, o kterém hovoří Kalina (2004), a který ve výsledku ohrožuje pracovníka syndromem vyhoření. Nepochybně je důležité současnou studii opakovat na skupině dalších absolventů a replikovat ji do mezinárodního kontextu, srovnávat programy mezi sebou, a zvyšovat tak jejich kvalitu.

Výsledky přinesly informaci o centralizaci profese adiktologa, bylo by žádoucí se na tento jev blíže zaměřit a mapovat, odkud studenti pocházejí, kde se plánují uplatnit a případně je motivovat k návratu do svých krajů. Mapovali jsme postoj zaměstnavatelů k profesi adiktologa, prostor pro kvalitativní studii se otevírá v oblasti spolupráce s lékaři psychiatry a zjištění, jak vnímají spolupráci s adiktologem v ambulancích, zda vnímají adiktologa jako konkurenta, zda si nepřipadají jako „stroje na razítka“ apod., a také identifikování faktorů, které pomáhají mírnit obavy ostatních profesí ze vstupu adiktologa do systému adiktologické péče.

#### IV. ZÁVĚRY

Vzdělávání v konkrétní disciplíně by vždy mělo odrážet potřeby praxe. Cílem této práce bylo podívat se na proces a výstupy tohoto cyklu v oboru adiktologie, který v ČR funguje od roku 2005, a to v podobě výzkumu pracovní uplatnitelnosti absolventů studijních programů na trhu práce, v již existujících, ale i nově vzniklých typech adiktologických služeb. Profese a s ní spojená identita profesionála v adiktologii, se rozvíjí v posledních desetiletích celosvětově, vymezuje se vůči ostatním disciplínám, proto je zásadní zabývat se evaluací tohoto procesu. Klíčová z našeho pohledu proto byla komponenta výzkumu mezi potenciálními zaměstnavateli absolventů adiktologie, která přináší právě ten pohled reality celého oboru a reflektuje, jak se profese adiktologa integruje do stávajícího systému. Taková studie nebyla doposud v ČR realizována, práce je jedinečná především svým rozsahem.

Zjištění se zdají být velmi pozitivní, celkem 58 % absolventů studijních programů adiktologie je v současné době zaměstnáno v oboru adiktologie. Možnosti jejich uplatnění pokrývají celé spektrum adiktologických i souvisejících služeb, zahrnují klinickou práci i výkon profese ve státní správě či managementu. Nejvýraznější trendy pozorujeme u funkce nízkoprahových služeb jako jakési vstupní brány do oboru a u rozvoje adiktologických ambulancí a nepostradatelné role profese adiktologa v nich. Také zaměstnavatelé hodnotí proces integrace adiktologa do praxe spíše kladnými slovy, dokládá to skutečnost, že pouze jedna organizace ze vzorku nezaměstnávala nikoho s kvalifikací adiktologa, dvě další pak tuto kvalifikaci u zaměstnance nevyužívaly. Výsledky přinesly cennou zpětnou vazbu také pro Klinikum adiktologie jakožto tvůrce vzdělávání a Českou asociaci adiktologů. Klíčové mezery jsou patrné v oblasti propagace oboru a šíření relevantních a srozumitelných informací o profesi adiktologa a její roli, a to mezi odbornou i obecnou veřejností, tedy mezi potenciální klienty.

Celkem 69 osob z řad absolventů studia v oboru nyní nepracuje, jako významný hodnotíme fakt, že 39 z nich si práci zaměřenou na adiktologii nikdy nehledalo. Zbývajících 30 osob jsou ti v jakési šedé zóně, kteří nás zajímají pro případné další výzkumy na kvalitativní bázi. Navíc se ukazuje, že většina respondentů pracujících mimo obor se pohybuje v oblastech příbuzných a svou kvalifikaci tak mohou i přesto využít.

Práce byla doplněna také komplexním výzkumem mapování zahraničních studijních programů v oboru adiktologie („addiction studies“) na univerzitní úrovni. I přesto, že ve světě existuje velké množství univerzitních studijních programů v oboru adiktologie, zdá se, že je jen velmi málo těch, které jsou nabízeny ve všech úrovních terciárního vzdělávání (Bc., Mgr., Ph.D.), a tedy ve formě komplexního vzdělání. V naší studii jsme identifikovali takové programy tři, jeden v USA, jeden v Latinské Americe a třetím byl český, tzv. „pražský model“ adiktologie (Pavlovská et al., 2017; Pavlovská et al., in press). Za stávající situace je více než vhodné využít tuto naši pozici a kontinuálně pokračovat nejen v procesu internacionalizace pražského modelu, ale ruku v ruce evaluovat a publikovat právě jedinečnou českou zkušenost, výsledky výzkumů uplatnitelnosti absolventů, výhody komplexního vzdělání. Význam takového mapování a existence seznamu podobných programů ve světě, ale také průběžných evaluací, je evidentní – přináší obraz šíře oboru adiktologie, jeho aktuálnost a potřebnost, ukazuje, že adiktologové jsou profesí, která je žádaná a která má zájem o adekvátní vzdělání. Pro českou adiktologii to znamená možnosti propojení a spolupráce, výměny zkušeností i inspirace.

Uvedené studie představují základnu, na které je nyní potřeba stavět. Téma pracovní uplatnitelnosti absolventů studijních programů je aktuální nejen pro obor adiktologie, potvrzuje potřebnost daných specializací i kvalitu univerzitní přípravy, která respektuje potřeby praxe. Je zásadní podobné studie opakovat, rozšiřovat a zaměřit se také na kvalitativní údaje od studentů i absolventů studia, ale zejména od potenciálních zaměstnavatelů a spolupracujících disciplín. Proces je vhodné replikovat také v dalších zemích, kde studium adiktologie nabízejí, porovnávat výsledky, a uvést tak naše výsledky do širšího kontextu. K tomu slouží právě mapování zahraničních programů a jejich zkušeností, na němž Klinikum adiktologie nadále pokračuje pod hlavičkou ICUDDR. V neposlední řadě je klíčové získané informace šířit prostřednictvím odborných publikací a konferencí. Celým popsáním procesem významně posilujeme podporu identity a profesionalizace oboru adiktologie.



## SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Prevalence kouření, konzumace alkoholu a užívání psychoaktivních látek v obecné populaci v ČR za rok 2016, podle pohlaví
- Tabulka č. 2: Počty specializovaných adiktologických služeb v ČR v r. 2016
- Tabulka č. 3: Počet programů v Evropě rozdělených dle udělovaných titulů (některé programy byly současně nabízeny na více úrovních), v levém sloupci vysvětlení úrovně studia
- Tabulka č. 4: Přehled vyučovaných předmětů na univerzitách v Evropě dle frekvence výskytu
- Tabulka č. 5: Počty nabízených programů dle studijní úrovně a titulu
- Tabulka č. 6: Přehled vyučovaných předmětů na australských univerzitách, seřazeno dle frekvence výskytu
- Tabulka č. 7: Přehled krajů působnosti organizací
- Tabulka č. 8: Podíl respondentů pracujících v průběhu studia na plný úvazek
- Tabulka č. 9: Typ pracovního poměru a rozsah úvazku dle formy bakalářského studia
- Tabulka č. 10: Počet osob s kvalifikací adiktologa v organizacích
- Tabulka č. 11: Počet služeb, ve kterých adiktologové pracují, dle statusu
- Tabulka č. 12: Počet absolventů adiktologie v jednotlivých typech služeb
- Tabulka č. 13: Porovnání počtů adiktologů v jednotlivých typech služeb dle absolventů a zaměstnavatelů
- Tabulka č. 14: Délka doby zaměstnání v zařízení (v době sběru dat)
- Tabulka č. 15: Plat dle pracovní pozice
- Tabulka č. 16: Plat dle pohlaví
- Tabulka č. 17: Plat dle věku respondentů
- Tabulka č. 18: Plat dle délky praxe v oboru adiktologie
- Tabulka č. 19: Plat dle kraje, ve kterém respondenti pracují
- Tabulka č. 20: Plat dle typu služby/zařízení, kde respondenti pracují
- Tabulka č. 21: Plat z hlediska statusu služeb a organizací, kde respondenti pracují
- Tabulka č. 22: Plat z hlediska způsobu hledání zaměstnání
- Tabulka č. 23: Hodnocení spokojenosti s výší platu dle věku a délky praxe, na škále
- Tabulka č. 24: Významné motivační faktory zaměstnání dle pohlaví
- Tabulka č. 25: Průměr výše hrubé měsíční mzdy/platu adiktologa
- Tabulka č. 26: Plány do budoucna, celý soubor a srovnání mužů a žen
- Tabulka č. 27: Plány do budoucna z hlediska věku respondentů
- Tabulka č. 28: Plány do budoucna z hlediska úrovně vzdělání v adiktologii
- Tabulka č. 29: Plány do budoucna z hlediska práce již během studia
- Tabulka č. 30: Plány do budoucna dle délky práce v oboru
- Tabulka č. 31: Plány do budoucna z hlediska výše platu
- Tabulka č. 32: Konkrétní plány do budoucna
- Tabulka č. 33: Charakteristiky respondentů, kteří vykazují adiktologické výkony a těch, kteří nikoliv
- Tabulka č. 34: Oblasti dalšího vzdělávání dle preferencí mužů a žen

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Rozložení souboru dle pohlaví a věkových kategorií
- Graf č. 2: Absolventi navazujícího magisterského studia dle ročníků a pohlaví
- Graf č. 3: Délka praxe v oboru adiktologie dle ročníků absolvování bakalářského studia
- Graf č. 4: Počet let zaměstnání v daném zařízení dle věku respondentů
- Graf č. 5: Hodnocení spokojenosti respondentů s výší finančního ohodnocení
- Graf č. 6: Hodnocení spokojenosti respondentů s výší platu dle délky praxe v oboru
- Graf č. 7: Hodnocení spokojenosti respondentů dle výše platu
- Graf č. 8: Hodnocení spokojenosti s výší platu na škále
- Graf č. 9: Činnosti tvořící náplň práce adiktologů
- Graf č. 10: Preference typu služeb, kde by respondenti rádi pracovali v oboru

Graf č. 11: Preference typu služby dle věku respondentů

Graf č. 12: Preference typu služby podle toho, zda respondenti pracovali v oboru adiktologie při studiu či nikoliv

Graf č. 13: Poptávka po profesi adiktologa dle absolventů pracujících v oboru adiktologie a absolventů pracujících v jiných oborech (na škále 1-5)

Graf č. 14: Členství v ČAA dle délky praxe v oboru adiktologie

Graf č. 15: Členství v ČAA, srovnání absolventů pracujících v oboru adiktologie a v jiných oborech

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Součásti tvořící obor adiktologie a jejich vztah

Obrázek č. 2: Pojem adiktologie v různých pojetích a jejich souvislosti

## POUŽITÉ ZKRATKY

A.N.O.	Asociace nestátních organizací
AT	alkoholismus a toxikomanie
Bc.	bakalář/bakalářský
BZD	benzodiazepiny
CM	case management
ČAA	Česká asociace adiktologie
ČR	Česká republika
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti
IDVZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Mgr.	magistr/magisterský
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NL	návykové látky
Ph.D.	doktor filosofie (postgraduální vzdělání)
PUD	problémové užívání drog/problémový uživatel drog
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SNN	Společnost pro návykové nemoci
UD	uživatel drog

## SEZNAM LITERATURY

Adams, P. J., Sellman, D., Newcombe, D., Adamson, S., White, S., Deering, D., & Todd, F. (2017). Postgraduate Alcohol and Other Drug Practitioner Training in New Zealand: Significant Influences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. May 2017, 468-474. doi: 10.15288/jsad.2017.78.468

Addiction Practitioners' Association Aotearoa-New Zealand (2011). Addiction Intervention Competency Framework: A competency framework for professionals specialising in Problem Gambling, Alcohol and other Drug and Smoking Cessation intervention. Wellington: DAPAANZ.

Addiction Technology Transfer Center Network (2017). ATTC White Paper: Preparing students to work in integrated health care systems. ATTC.

Adrians, N. (2009). Current Practices and Optimal Futures for the Treatment of Substance Use Disorders Through Client-Treatment Matching: A Delphi Study. Milwaukee, Wisconsin: Marquette University. <https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=researchexchange>

Akreditační spis studijního programu adiktologie (2011). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Ambrož, M., Betka, V., Pavlovská, A., Šilarová, V., Morávek, J., Nekolová, M., & Ševčík, J. (2012). Problematika zaměstnávání a pracovní integrace osob ohrožených drogovou závislostí: Komparativní analýza. Praha: SANANIM.

American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.

Anonymní alkoholici (2016). New York: Anonymní alkoholici.

Armstrong, M. (2007). *Řízení lidských zdrojů. Nejnovější trendy a postupy*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing.

Astramovich, R. L., & Hoskins, W. J. (2013). Evaluating Addictions Counseling Programs: Promoting Best Practices, Accountability, and Advocacy. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 34, 114-124. doi: 10.1002/j.2161-1874.2013.00019.x

Babor, T. F. (2000). Past as prologue: The future of addiction studies. Millennium Issue Editorial. *Addiction*, 95, 7–10. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.95172.x

Bartošíková, I. (2003). Práce v multidisciplinárním týmu. In K. Kalina (Ed.) (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 7/6. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Bell, J. (2008). Speciality recognition of addiction medicine in Australia. Editorial. *Addiction*, 103, 701–702. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02121.x

Běláčková, V. (2007). Rozhovor s profesorkou Lalou Straussnerovou „Každý by měl vědět něco o závislosti“. *Adiktologie*, 7(4), 479-484.

Běláčková, V., & Šimůnková, M. (2012). Obor adiktologie a jeho popularizace – základní terminologie, fakta a výsledky výzkumu očima novinářů. *Adiktologie*, 12(4), 374-378.

- Bochner, F., Somogyi, A. A., Christrup, L. L., Larsen, U., Danz, C., & Elbæk, K. (1999). Comparative Pharmacokinetics of two modified-release oral morphine formulations (Reliadol® and Kapanol®) and an immediate-release morphine tablet (Morfin-‘DAK’) in healthy volunteers. *Clin Drug Invest*, 17(1), 59-66. doi: 10.2165/00044011-199917010-00007
- Butler, S. (2011a). Addiction counsellors in the Republic of Ireland: Exploring the emergence of a new profession. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18, 259–302. doi: 10.3109/09687637.2010.519360
- Butler, S. (2011b). Addiction studies at Trinity College Dublin. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18, 241–242. doi: 10.3109/09687637.2011.566232
- Campbell, A. N. C., Back, S. E., Ostroff, J. S., Hien, D. A., Gourevitch, M. N., Sheffer, C. E., Brady, K. T., Hanley, K., Bereket, S., & Book, S. (2017). Addiction Research Training Programs: Four Case Studies and Recommendations for Evaluation. *J Addict Med.*, 11(5), 333-338. doi: 10.1097/ADM.0000000000000328
- Cassidy, R. (2012). Horse versus machine: battles in the betting shop. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18, 266-284. doi: 10.1111/j.1467-9655.2012.01743.x
- Colace, C. (2010). Drug Dreams in Mescaline and LSD Addiction. *The American Journal on Addictions*, 19, 192. doi: 10.1111/j.1521-0391.2009.00023.x
- Conley, T.B., Schantz, D.L., Shea, S., & Vaillancourt, M. (2006). Meeting the addiction education and training needs of rural master’s level social workers. Professional Development: *The International Journal of Continuing Social Work Education*, 9, 24–33. <http://www.profdevjournal.org/articles/91024.pdf>
- Cragg, A., Hau, J. P., Woo, S. A., Liu, C., Doyle-Waters, M. M., & Hohl, C. M. (2017). Risk factors for addiction among patients receiving prescribed opioids: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6:265. doi: 10.1186/s13643-017-0642-0
- Csémy, L., Hrachovinová, T., & Krch, D. F. (2004). Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontext, rizika. *Adiktologie*, 4(2), 124-135.
- Csémy, L., & Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy, 10(1), 1-12.
- Čablová, L. (2012). Svépomocné skupiny. *Adiktologie*, 12(2), 161-163.
- Čalovka, O., Kozáková, Z., & Radoňová, Z. (2013). Problémoví uživatelé alkoholu v kontaktním centru – zkušenosti z Podkrkonoší. Prezentováno na AT konferenci 2013.
- Čalovka, O., & Sklenář, O. (2017). Zajištění ambulantní adiktologické péče v rámci smluv se zdravotními pojišťovnami (poster). Prezentováno na AT konferenci 2017.
- Česká asociace adiktologů (2016). Stanovy spolku Česká asociace adiktologů, z.s. Praha: ČAA. Staženo 2017-07-20 z [http://www.asociace-adiktologu.cz/wp-content/uploads/2010/02/1\\_stanovy\\_CAA\\_final.doc.pdf](http://www.asociace-adiktologu.cz/wp-content/uploads/2010/02/1_stanovy_CAA_final.doc.pdf)
- Český statistický úřad (2017). Míry zaměstnanosti, nezaměstnanosti a ekonomické aktivity – červen 2017. Staženo 2017-07-26 z <https://www.czso.cz/csu/czso/cril/miry-zamestnanosti-nezamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity-cerven-2017>

de Jong, C., Luycks, L., & Delicat, J.-W. (2011). The Master in Addiction Medicine Program in The Netherlands. *Substance Abuse*, 32(2), 108-114. doi: 10.1080/08897077.2011.555713

Denning, P., & Little, J. (2012). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An alternative approach to addictions*. New York: The Guilford Press.

Department for Transport (2017). *Commuting Trends in England 1988-2015*. London: DfT.

Dooley, J., Gerber-Finn, L., Antone, I., Guilfoyle, J., Blakelock, B., Balfour-Boehm, J., Hopman, W. M., Jumah, N., & Kelly, L. (2016). Buprenorphine-naloxone use in pregnancy for treatment of opioid dependence. *Can Fam Physician*, 62(4), 194-200. <http://www.cfp.ca/content/cfp/62/4/e194.full.pdf>

Drbohlavová, B., & Mravčík, V. (2017). Uživatelé konopí jako klienti pomáhajících služeb – souhrnná zpráva z dotazníkové a kvalitativní studie. Praha: NMS.

Duchková, E. (2011). Specifika kompetencí lektora vzdělávání dospělých. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Miroslav Procházka.

Duryea, D. G., & Calleja, N. C. (2013). Current Expectations and Existing Deficits among Addiction Specialists. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 31(2), 254-269. doi: 10.1080/07347323.2013.771990

Edmundson, E., Gallon, S., & Porter, J. (2007). Education Resources Needed to Support the Teaching of Evidence-Based Practices. *Journal of Teaching in the Addictions*. 6(2), 9-20. doi: 10.1080/15332700802127896

Edwards, G., & Babor, T. F. (Eds.) (2012). *Addiction and the making of professional careers*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.

European Union (2018). *The EU in support of the Bologna Process*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eyler, J. (2009). *Effective Practice and Experiential Education*. A paper commissioned for the conference on Liberal Education and Effective Practice. Mosakowski Institute for Public Enterprise. Vanderbilt University.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Fidesová, H., Sklenář, O., & Vavrinčíková, L. (2013). *Zaostřeno na drogy 6. Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví*. Praha: Úřad vlády.

Forberger, S., Riedel, O., & Bühringer, G. (2017). European graduate school in addiction research: A contribution to the research education of PhD/MD students in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(6), 477-484. doi: 10.1080/09687637.2016.1223602

Fořtová, D. (2017). Ověřování efektu psychoterapeutického výcviku MOVISA V (2. část, 2015-2016). Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filosofická fakulta. Vedoucí práce: Jaroslava Dosedlová.

Frouzová, M., & Heller, J. (2007). Výcvik a vzdělávání ve Skálově institutu. *Adiktologie*, 7(1), 66-75.

Gabrhelík, R., Charvát, M., & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji. *Adiktologie*, 5(1), 22-33.

Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2011). History of Self-Help and 'Quasi-Self-Help' Groups in the Czech Republic: Development and Current Situation in the Institutional Context of Drug Services. *Adiktologie*, 11(2), 100-112.

Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2014). Doktorský studijní program adiktologie. Editorial. *Adiktologie*, 14(3), 204-206.

Garrouste, Ch., & Rodrigues, M. (2013). Employability of young graduates in Europe. *International Journal of Manpower*, Emerald, 2013, pp. 62-92. [https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01056703/file/Employability\\_of\\_young\\_graduates\\_in\\_Europe-1.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01056703/file/Employability_of_young_graduates_in_Europe-1.pdf)

Greer, P. M., & Kuehn, D. (2009). National education standards vital for addiction professionals. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly*, May 4.

Griffiths, M. (2009). Problem gambling in Europe: An overview. Nottingham, UK: Nottingham Trent University.

Griffiths, M., & Cooper, G. (2003). Online therapy: Implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance & Counselling*, 31(1), 113-135. doi: 10.1080/0306988031000086206

Hemingway, S., & Ely, V. (2009). Prescribing by Mental Health Nurses: The UK Perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), 24-35. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00197.x

Holcnerová, P., & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 10(2), 110-119.

Holdsworth, L., Nuske, E., Tiyce, M., & Hing, M. (2013). Impacts of gambling problems on partners: Partners' interpretations. *Asian J of Gambling Issues and Public Health*, 3:11. doi: 10.1186/2195-3007-3-11

Horák, M., Verter, N., & Somerlíková, K. (2014). Efficacy of Drug Rehab Centres in Nicaragua, Peru, and the Czech Republic. *Adiktologie*, 14(4), 428-439.

Chalany, J. (2014). Závislost na Zolpidemu u seniorů. *Čes a Slov Psychiat*, 110(6), 311-316. [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_6\\_311\\_316.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_6_311_316.pdf)

Chen, B., Liu, F., Ding, S., Ying, X., Wang, L., & Wen, Y. (2017). Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*, 17:341. doi: 10.1186/s12888-017-1503-z

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Zaostřeno: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Praha: Úřad vlády ČR.

Chomynová, P., Drbohlavová, B., & Mravčík, V. (2015). Rozsah hazardního hraní v české populaci. *Adiktologie*, 15(4), 298-308.

International Centre for Credentialing and Education of Addiction Professionals (2016). Staženo 2016-04-14 z <http://colombo-plan.org/icce/about-info/>

International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction (2017). UPC/UTC Curricula. <http://www.icuddr.com/curricula-upcutc/>

Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In: K. Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Janovská, A., Orosová, O., & Jurystová, L. (2014). Rizikové správanie vysokoškolákov v kontexte vybraných sociodemografických charakteristik – porovnanie štyroch krajín v rámci medzinárodnej štúdie SLiCE. *Adiktologie*, 14(2), 134-144.

Javakhishvili, D. J., Sturua, L., Otiashvili, D., Kirtadze, I., & Zábranský, T. (2011). Drogová situace v Gruzii – stručný přehled. *Adiktologie*, 11(1), 42-51.

Jeřábek, P. (2010). Quo vaditis, adiktologické guidelines? Editorial. *Adiktologie*, 10(1), 5-8.

Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Jones, H. E., Arria, A. M., Baewert, A., Heil, S. H., Kaltenbach, K., Martin, P. R., Coyle, M. G., Selby, P., Stine, S. M., & Fischer, G. (2012). Buprenorphine Treatment of Opioid-Dependent Pregnant Women: A Comprehensive Review. *Addiction*, 107(Suppl. 1), 5-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04035.x

Jordan, J. B. (2006). Acupuncture treatment for opiate addiction: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 309-314. doi: 10.1016/j.jsat.2006.02.005

Kačírková, R. E. (2015). Evaluace prezenční formy bakalářského studijního oboru adiktologie z pohledu absolventů studia. [Evaluation of full-time form bachelor's study field of Addictology from the perspective of graduates]. Praha, 2015. 156 s., 20 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Libra, Jiří.

Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2004). Osobnost terapeuta. *Adiktologie, Supplementum*, 4(3), 371-377.

Kalina, K. (2007a). Vzdělávání v oboru, kterému říkáme adiktologie... *Adiktologie*, 7(2), 113-116.

Kalina, K. (2007b). Vzdělávání, výcvik a supervize pracovníků terapeutických komunit pro drogově závislé. *Adiktologie*, 7(2), 15-28.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2010). Nedoporučitelné „Doporučené postupy“. *Adiktologie*, 10(1), 9-13.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing First for Homeless Persons with Active Addiction: Are we Overreaching? *Milbank Q.*, 87(2), 495-534. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00565.x.

Kinouani, S., Pereira, E., & Tzourio, C. (2017). Electronic Cigarette Use in Students and Its Relation with Tobacco-Smoking: A Cross-Sectional Analysis of the i-Share Study. *Int J Environ Res Public Health*, 14(11), 1345. doi: 10.3390/ijerph14111345

Kirtadze, I., Otiashvili, D., & Javakhishvili, D. J. (2011). Analýza potřeb adiktologického vzdělávání v Gruzii. *Adiktologie*, 11(1), 52-60.

Kiššová, L., & Mravčík, V. (2011). Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009. Výzkumný design a souhrn hlavních výsledků. *Adiktologie*, 11(2), 72-80.

Kláštěrecký, T., Licehammerová, Š., & Nohýnková, A. (2014). Metodika práce s patologickými hráči: brněnská zkušenost. Brno: Společnost Podané ruce, o. p. s.

Kolind, T., & Duke, K. (2016). Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 89-92. doi: 10.3109/09687637.2016.1153604

Kolitsch, K. (2016). Vliv vlastní zkušenosti ex-userů na terapeutickou práci s klienty v léčbě závislosti: kvalitativní studie. Bakalářská práce. Praha: Karlova Univerzita, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: J. Vacek.

Končím s hulením (2018). Webová stránka <https://koncimshulenim.cz/>

Kopecký, K., & Szotkowski, R. (2015). Kyberšikana a další formy rizikového chování českých dětí v prostředí internetu. *Adiktologie*, 15(3), 226-233.

Koranda, M. (2015). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Koranda, M. (2016). Dětské a dorostové detoxifikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*, 16(4), 342-351.

Koucký, J., Ryška, R., & Zelenka, M. (2014). Reflexe vzdělání a uplatnění absolventů vysokých škol. Výsledky šetření REFLEX 2013. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.

Králová, M. (2010). Úskalí sociální práce v azylových domech pro ženy a matky s dětmi. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Ivana Knausová.



Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G., & Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clin Geriatr Med.*, 30(3), 629-654. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.008

Kulháněk, A. (2015). Vzorce užívání kokainu mezi rekreačními uživateli: Terénní kvalitativní výzkum. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: J. Vacek.

Kulháněk, A. (2016). Národní linka pro odvykání kouření – cesta k profesionalizaci. *Adiktologie*, 16(4), 374-377.

Kulháněk, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma? *Adiktologie*, 17(3), 180-181.

Kurt, D. G. (2015). Suicide risk in college students: The effects of Internet addiction and drug use. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(4), 841-848. doi: 10.12738/estp.2015.4.2639

Lea, T., Reynolds, R., & De Wit, J. (2013). Alcohol and other drug use, club drug dependence and treatment seeking among lesbian, gay and bisexual young people in Sydney. *Drug and Alcohol Review*, 32, 303-311. doi: 10.1111/dar.12004

Leskin, G. (2015). Preventing Substance Abuse in Military Members and Their Families. *Prevention Tactics*, 9:14. <http://www.cars-rp.org/wp-content/uploads/2015/09/Prevention-Tactics-Vol9-No14-2015.pdf>

Libra, J. (2003). „Drogová agentura“ jako možný model specifického lokálního drogového programu. *Adiktologie*, 3(1), 70-79.

Libra, J. (2014). O čem mluvíme, když mluvíme o adiktologii. *Adiktologie*, 14(3), 207-208.

Libra, J., Adameček, D., Herzog, A., Krutilová, D., Randák, D., Sklenář, V., & Šedivá, D. (2015). Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Licehammerová, Š. (2015). Problematika gamblingu: Metasyntéza kvalitativních výzkumů z roku 1998-2015. *Adiktologie*, 15(2), 138-149.

Luoto, K. E., Koivukangas, A., Lassila, A., & Kampman, O. (2016). Outcome of patients with dual diagnosis in secondary psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(6), 470-476. doi: 0.3109/08039488.2016.1160149

Magdaléna, o.p.s. (2016). Výroční zpráva za rok 2016. Staženo 2018-06-11 z <http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/vyrocky/2016.pdf>

Margolin, A., Kleber, H. D., Avants, S. K., Konefal, J., Gawin, F., Stark, E. et al. (2002). Acupuncture for the Treatment of Cocaine Addiction. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 287(1), 55-63. doi: 10.1001/jama.287.1.55

Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *Addiction*, 85(11), 1389-1394. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x

Mašek, P., & Sobotka, J. (2005). Některé aspekty práce exuserů v terapeutické komunitě. *Adiktologie*, 5(3), 434-443.

McKay, K. A., & Narasimhan, S. (2012). Bridging the gap between doctors and nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 52-55. doi: 10.5430/jnep.v2n4p52

McMaster University (2018). Program closure information – Addiction Education. Staženo 2018-07-15 z <https://www.mcmastercce.ca/addiction-education-faq>

Messum, D. G., Wilkes, L. M., Jackson, D., & Peters, K. (2016). Employability skills in health services management: perceptions of recent graduates. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(1).

Minařík, J., Gabrhelík, R., Malcolm, R., Pavlovská, A., & Miller, P. (2016). Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: a unique case series. *Journal of Substance Use*, 21(4), 435-438. doi: 10.3109/14659891.2015.1045047

Minnesota Method Center (2018). <https://www.hnedted.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008). Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR, 2008, částka 3.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 421/2013, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7(2), 30-45.

Miovský, M. (2009). Aktuální problémy a další směřování Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP: Ohlédnutí za diskuzí na XV. Konferenci Společnosti v Měříně. *Adiktologie*, 9(4s), 60-64.

Miovský, M. (2010). Nové výzvy, nebo stejná témata v novém kontextu? Výroční konference International Society of Addiction Journal (ISAJE) 2010. *Adiktologie*, 10(2), 130-132.

Miovský, M. (2014). Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014-2020. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M., Kalina, K., Libra, J., Popov, P., & Pavlovská, A. (2014a). Education in Addictology in the Czech Republic: the Scope and Role of the Proposed System [Rámec a role Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie v České republice]. *Adiktologie*, 14(3), 310-328.

Miovský, M. (Ed.) et al. (2014b). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M., Miller, P., Grund, J.-P. C., Běláčková, V., Gabrhelík, R., & Libra, J. (2015). Academic education in addictology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(5), 527-538. doi: 10.1515/nsad-2015-0050

Miovský, M. (2016). Obor adiktologie v mezinárodním kontextu. Editorial. *Adiktologie*, 16(3), 196-203.

Miovský, M., Gabrhelík, R., Libra, J., Popov, P., Pavlovská, A., Kalina, K., Miller, P. M., & Grund, J.-P. C. (2016). The Prague comprehensive model of academic addictology (addiction science) education. *Adiktologie*, 16(1), 36-49.

Miovský, M., & Popov, P. (2016a). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? Editorial. *Adiktologie*, 16(4), 272-279.

Miovský, M., & Popov, P. (2016b). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 292-318.

Miovský, M. (2017). Praha se stala hostitelkou druhé mezinárodní konference univerzit vzdělávajících adiktology. Editorial. *Adiktologie*, 17(2), 72-78.

Mitra, R. (2013). The utilization of opiates in pain management: use or abuse. *Eur J Phys Rehabil Med*, 49(1), 93-96.

Mjåland, K. (2016). Exploring prison drug use in the context of prison-based drug rehabilitation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 154-162. doi: 10.3109/09687637.2015.1136265

Molfenter, T., Brown, R., O'Neill, A., Kopetsky, E., & Toy, A. (2018). Use of Telemedicine in in Addiction Treatment: Current Practices and Organizational Implementation Characteristics. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2018, 1-7. doi: 10.1155/2018/3932643

Moreira, A., Lemos Vóvio, C., & De Micheli, D. (2015). Drug abuse prevention in school: challenges and possibilities for the role of the educator. *Educ. Pesqui.*, 41(1). [http://www.scielo.br/pdf/ep/v41n1/en\\_1517-9702-ep-41-1-0119.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ep/v41n1/en_1517-9702-ep-41-1-0119.pdf)

Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., Ziegler, A., & Kocarevová, V. (2014). Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Roznerová, T., Drbohlavová, B., Černý, J., & Tion Leštinová, Z. (2015a). Prevalence problémového hráčství v České republice. *Adiktologie*, 15(4), 310-319.

Mravčík, V., Janíková, B., Roznerová, T., Nechanská, B., Kiššová, L., & Tion Leštinová, Z. (2015b). Léčba a další odborné služby pro patologické hráče v ČR. *Adiktologie*, 15(4), 366-375.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L. & Vopravil, J. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2017). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky.

Myers, P. L., & Salt, N. R. (2007). *Becoming an Addictions Counselor: A Comprehensive Text*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády ČR.

Národní ústav pro vzdělávání (2018). Nezaměstnanost absolventů škol. Staženo 2018-07-12 z <http://www.nuv.cz/t/nezamestnanost-absolventu-skol>

National Alliance to End Homelessness (2016). Fact sheet: Housing First. Staženo 2018-07-01 z <https://endhomelessness.org/resource/housing-first/>

National Council for Behavioral Health (2017). The Psychiatric Shortage. Causes and Solutions. Washington, DC.

Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., & Brožová, J. (2011). Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1969. Praha: Úřad vlády ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Nekuda, J., & Sirovátka, T. (2014). Uplatnění absolventů Masarykovy univerzity 2011-2012 v praxi. Zpráva z průzkumu. Brno: Masarykova univerzita.

NEO Addiction Treatment Center (2018). <https://neocentrum.cz/>

Nepustil, P., Larisch, J., & Černý, J. (2014). Několik výhrad ke koncepci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 14(3), 329-331.

Nešpor, K. (2010). Syndromy závislosti a patologické hráčství. Doporučené postupy léčby. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.

Nešpor, K. (2009). Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládání lékové závislosti. *Adiktologie*, 9(1), 52-57.

Netík, V. (2009). Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR. *Adiktologie*, 9(1), 30-34.

New American Economy (2017). The Silent Shortage. How Immigration Can Help Address the Large and Growing Psychiatrist Shortage in the United States. Staženo 2018-07-11 z [http://research.newamericaneconomy.org/wp-content/uploads/2017/10/NAE\\_PsychiatristShortage\\_V6-1.pdf](http://research.newamericaneconomy.org/wp-content/uploads/2017/10/NAE_PsychiatristShortage_V6-1.pdf)

NHS Lothian (2009). Guidelines for Dispensing and Supervised Self Administration of Methadone by Community Pharmacists. United Kingdom: Edinburgh.

NICE (2008). Drug Misuse. Psychosocial Interventions. National Clinical Practice Guideline No. 51. London/Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists for National Institute for Health and Clinical Excellence.

NIDA (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. Washington D.C.: NIDA/NIH.

Odborné společnosti: Asociace nestátních organizací (A.N.O.) (2018). *Adiktol. Prevent. Léčeb Praxi*, 1(1), 46-50.

Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). Analyzing models of work addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen Work Addiction Scale. *Int J Ment Health Addiction*, 14, 662-671. doi: 10.1007/s11469-015-9613-7

Öner, M. Z. (2014). An Overview of Drug Consumption Rooms. *Human Rights Review*, 4(8), 87-135. [http://www.salledeconsoommation.fr/\\_media/dr.-mehmet-zulfu-ner-an-overview-of-drug-consumption-rooms-human-rights-review-year4-issue8-december-2014.pdf](http://www.salledeconsoommation.fr/_media/dr.-mehmet-zulfu-ner-an-overview-of-drug-consumption-rooms-human-rights-review-year4-issue8-december-2014.pdf)

Parkman, T. J., Lloyd, Ch., & Splisbury, K. (2015). Self-Help Groups for Alcohol Dependency: A Scoping Review. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10, 102-124. doi: 10.1080/1556035X.2015.1034824

Pasecká, L. (2016). Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků - zkušenosti a vliv na sociální interakce. Brno: Masarykova univerzita.

Paulík, K. (2004). Ženy a muži v sociální práci. Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování. Staženo 2017-06-20 z <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/paulik.pdf>

Pavlas Martanová, V. (2012). Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie. *Adiktologie*, 12(3), 174-188.

Pavlas Martanová, V. (2015). Selektivní a indikovaná primární prevence. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Pavlovská, A. (2012). Analýza studentských praxí v oboru adiktologie. Praha, 2012. 130 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce: Havrdová, Zuzana.

Pavlovská, A., & Makovská Dolanská, P. (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Pavlovská, A., & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Pavlovská, A., Miovský, M., Babor, T. F., & Gabrhelík, R. (2017). Overview of the European university-based study programmes in the addictions field. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(6), 485-491. doi: 10.1080/09687637.2016.1223603

Pavlovská, A., Peters, R. H., Gabrhelík, R., Miovský, M., Sloboda, Z., & Babor, T. F. (in press). Overview of the university-based addiction studies programmes in the United States. *Journal of Substance Use*. doi: 10.1080/14659891.2018.1505970

Petry, N. M., & Kiluk, B. D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis.*, 190(7), 462-469. doi: 10.1097/01.NMD.0000022447.27689.96

Piné-Abata, H., McNeill, A., Murray, R., Bitton, A., Rigotti, N., & Raw, M. (2013). A survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction*, 108, 1476-1484. doi: 0.1111/add.12172

Polesná, P. (2016). Uplatnění absolventů vysokých škol na trhu práce. Praha, 2016. 81 s., 1 příl. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta podnikohospodářská. Vedoucí práce Legnerová, Kateřina.

Polydorou, S., Gunderson, E. W., & Levin, F. R. (2008). Training Physicians to Treat Substance Use Disorders. *Curr Psychiatry Rep.*, 10(5), 399-404. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741399/pdf/nihms-129773.pdf>

Preslová, I. (2015a). Gender a drogy. In: K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Preslová, I. (2015b). Metodický manuál práce OSPOD s drogově závislými klienty (se zaměřením na ženy a matky). Olomouc: Krajský úřad Olomouckého kraje.

Profesia CZ (2017). Platy v kategorii: Zdravotnictví a sociální péče. Staženo 2017-08-18 z <http://www.platy.cz/platy/zdravotnictvi-a-socialni-pece>

Pukýšová, A. (2012). Uplatnění absolventů sociální pedagogiky na trhu práce. Brno, 2012. 73 s., 12 příl. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Hloušková, Lenka.

Radcliffe, M. (2000). Doctors and nurses: new game, same result. *BMJ*, 320(7241), 1085. doi: 10.1136/bmj.320.7241.1085

Radimecký, J. (2007). Celoživotní vzdělávání v oboru adiktologie. *Adiktologie*, 7(2), 46-57.

Ranjbaran, M., Mohammadshahi, F., Mani, S., & Karimy, M. (2018). Risk factors for addiction potential among college students. *Int J Prev Med*, 9:17. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_403\_16

Raptou, E., Mattas, K., & Katrakilidis, C. (2009). Investigating Smokers' Profile. The role of psychosocial characteristics and the effectiveness of tobacco policy tools. *American Journal on Economics and Sociology*, 68(2), 603-638. doi: 10.1111/j.1536-7150.2009.00640.x

Riesel, P. (2007). Zpráva pamětníka o bývalých „Purkyňkách“. *Adiktologie*, 7(2), 194-194.

Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: K. Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Rogier, R., & Velotti, P. (2017). Impulsivity and self-esteem in pathological gambling: What is the link? *European Psychiatry*, 41 (Supplement), S394. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.450

Sadílek, P., Mravčík, V., & Trojáčková, A. (2006). Poradenská činnosti v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu v České republice. *Adiktologie*, 6(2), 388-399.

Schäffer, D., Stöver, H., & Weichert, L. (2014). Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges. European Harm Reduction Network. [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/index/assoc/coeuro01/42.dir/coeuro0142.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/coeuro01/42.dir/coeuro0142.pdf)

Schaub, M. P., Haug, S., Wenger, A., Berg, O., Sullivan, R., Beck, T., & Stark, L. (2013). Can reduce – the effects of chat-counseling and web-based self-help, Web-based self-help alone and a waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis users: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13:305. doi: 10.1186/1471-244X-13-305

Schneiderová, A. (2014). Uplatnění absolventů bakalářského studia jednooborové psychologie FF OU. *Psychologie a její kontexty*, 5(2), 63-69. [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Schneiderova\\_2014\\_2.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Schneiderova_2014_2.pdf)

Schulzová, D. (2014). Ex-users: přínosy a rizika jejich práce s drogově závislými klienty. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: O. Havránková.

Scott, Ch. K., Dennis, M. L., & Gustafson, G. H. (2017). Using smartphones to decrease substance use via self-monitoring and recovery support: study protocol for a randomized control trial. *Trials*, 18:374. doi: 10.1186/s13063-017-2096-z

Sirkin, R. M. (2006). *Statistics for the social sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Skácelová, P., & Vojtěch, J. (2009). Názory pracovníků úřadů práce na uplatnění absolventů škol v období ekonomické krize. Praha: NÚOV.

Skálův institut (2018). Staženo 2018-04-19 z <http://www.skaluvinstitut.cz/>

Sklenář, O. (2013). 919 – Zdravotní výkony adiktologa. Editorial. *Adiktologie*, 13(1), 4-5.

Sklenář, O. (2014). „Zahájení diskuze“ aneb řešme problémy v celém kontextu. *Adiktologie*, 14(4), 366-367.

Sklenář, O. (2016). Úhrada zdravotní péče poskytované adiktologem se stala od roku 2016 realitou. Editorial. *Adiktologie*, 16(1), 4-5.

Sklenářová Francová, K., & Janouškovec, V. (2010). Průzkum „Uplatnění současných absolventů oboru adiktologie“ provedený v roce 2010. PPT prezentace staženo 2016-12-16 z [www.asociace-adiktologu.cz/wp-content/uploads/Vyzkum-2010-uplatneni-absolventu-adiktologie.ppt](http://www.asociace-adiktologu.cz/wp-content/uploads/Vyzkum-2010-uplatneni-absolventu-adiktologie.ppt)

Sovinová, H., & Csémy, L. (2016). Užívání tabáku v České republice 2015. Praha: Státní zdravotní ústav.

Soyka, M., & Gorelick, D. A. (2008). Why should addiction medicine be an attractive field for young physicians? *Addiction*, 104, 169-172. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02330.x

Staňková, N., & Vacek, J. (2011). Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie. *Adiktologie*, 11(3), 134-141.

Starostová, Z. (2016). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Olomouckém kraji v roce 2016. Staženo 2018-06-10 z <http://www.kr-olomoucky.cz/dokumenty-vyrocní-zpravy-cl-359.html>

Stewart, K. E., Wright, P. B., Sims, D., Russell Tyner, K., & Montgomery, B. E. E. (2012). The „Translators“: Engaging Former Drug Users as Key Research Staff to Design and Implement a Risk Reduction Program for Rural Cocaine Users. *Substance Use & Misuse*, 47, 547-554. doi: 10.3109/10826084.2011.644379

Stewart, R. M., & Brown, R. I. F. (1988). An Outcome Study of Gamblers Anonymous. *The British Journal of Psychiatry*, 152(2), 284-288. doi: 10.1192/bjp.152.2.284

Stinchfield, R., & Winters, K. C. (2001). Outcome of Minnesota's Gambling Treatment Programs. *Journal of Gambling Studies*, 17(3), 217-245. doi: 10.1023/A:1010900021750

Studijní obor Sociální patologie a prevence (2018). Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě. <https://www.slu.cz/fvp/cz/ppv/studium/studijni-obor-socialni-patologie-a-prevence>

Studijní obor Sociální patologie a prevence (2018). Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. <https://www.uhk.cz/cs-CZ/PDF/Studium/Studijni-obory.aspx>



Su, W., & Zhang, M. (2015). An integrative model for measuring graduates' employability skills – A study in China. *Cogent Business & Management*, 2015, 2. doi: 10.1080/23311975.2015.1060729

Su, W., Fang, X., Miller, J. K., & Wang, Y. (2011). Internet-Based Intervention for the Treatment of Online Addiction for College Students in China: A Pilot Study of the Healthy Online Self-Helping Center. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(9), 497-503. doi: 10.1089/cyber.2010.0167

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006a). Addiction counselling competencies: The knowledge, skills and attitudes of professional practise. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. Rockville, MD: SAMHSA.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006b). Strengthening Professional Identity: Challenges of the Addiction Treatment Workforce. Rockville, MD: SAMHSA.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: SAMHSA.

Šed'a, V., & Šed'ová, K. (2012). Uplatnění absolventů Vysokého učení technického v Brně v praxi: absolventi z let 2009 a 2010. Brno: VUT.

Šejvl, J., & Miovský, M. (2013). Regionální konference a kulatý stůl – Děti a dospívající v adiktologických službách. *Adiktologie*, 13(1), 73-76.

Šubrtová, E. (2015). Matka uživatelka návykových látek z pohledu Orgánu sociálně právní ochrany dětí. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Lenka Šťastná.

Tatarsky, A., & Kellogg, S. (2010). Integrative harm reduction psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66(2), 123-135. doi: 10.1002/jclp.20666

Te Pou o Te Whakaaro Nui. (2015). Adult addiction workforce: 2014 survey of Vote Health funded services. Auckland, New Zealand: Author. Staženo 2017-11-18 z <http://www.tepou.co.nz/resources/adult-addictionworkforce-2014-survey-of-vote-health-funded-services/663>

Ter Riet, G., Kleijnen, J., & Knipschild, P. (1990). A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *Br J Gen Pract*, 40(338), 379-382. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371348/pdf/brjgenprac00076-0025.pdf>

Thanki, D., & Vicente, J. (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Thom, B., Duke, K., & Herring, R. (2017). Workforce development: is there a paradigm shift? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(6), 427-429. doi: 10.1080/09687637.2017.1385725

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Lisbon: EMCCDA.



United Nations Office on Drugs and Crime (2003). Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. A Practical Planning and Implementation Guide. Vienna: UNODC.

United Nations Office on Drugs and Crime (2017). World Drug Report 2017. Vienna: UNODC.

Vacek, J., Voňková, H., & Gabrhelík, R. (2017). A Successful Strategy for Linking Anonymous Data from Students' and Parents' Questionnaires Using Self-Generated Identification Codes. *Prevention Science*, 18(4), 450-458. doi: 10.1007/s11121-017-0772-6

van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., van Weeghel, J., & Garretsen, H.F.L. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92–98. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012.

Vanderplasschen, W., & De Maeyer, J. (2007). Případová práce (case management) s uživateli drog v praxi – co se za tím skrývá? *Adiktologie*, 7(4), 459-469.

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Hesse, M. (2007). Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování? *Adiktologie*, 7(4), 429-443.

Vederhus, J.-K., & Kristensen, Ø. (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry*, 6(35). doi: 10.1186/1471-244X-6-35

Vitásková, K., & Pavlovská, A. (in press). Univerzitní vzdělávání sociálních pracovníků v problematice adiktologie v Evropě a USA: review. *Addictology*.

Vobořil, J. (2007). Podpora vzdělávání drogových pracovníků – nezbytná součást řešení drogového problému. *Adiktologie*, 7(1), 76-85.

Vobořil, J. (2015). Hazardní hraní jako součást protidrogové politiky. Editorial. *Adiktologie*, 15(4), 292-294.

Vondráčková Holcnerová, P., Vacek, J., & Košatecká, Z. (2009). Závislostní chování na internetu a jeho léčba. *Čes a slov Psychiat.*, 105(6-8), 281-289. [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_6\\_281\\_289.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_281_289.pdf)

Vondráčková, P., & Šťastná, L. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita. *Adiktologie*, 12(2), 114-127.

Vondráčková, P., Vacek, J., & Masaryková, A. (2014). Evaluace online svépomocného programu pro osoby se závislostním chováním na internetu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(1), 233-243.

Vondráčková, D. (2006). Léčení chronické bolesti pomocí opioidních náplastových forem. *Neurol. pro praxi*, 4, 203-209. <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/04/08.pdf>

Vondráčková, D. (2016). Postavení opioidů v léčbě bolesti. *Remedia*, 26(4), 352-355. [file:///C:/Users/pavlo/Downloads/R2016-03-Vondrackova-Postaveni-opioidu-v-lecbe-bolesti%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pavlo/Downloads/R2016-03-Vondrackova-Postaveni-opioidu-v-lecbe-bolesti%20(1).pdf)

Vondrová, A., Oktábec, Z., Janouškovec, V., & Sklenář, O. (2018). Zastavení na cestě ke klinickému adiktologovi. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(1), 39-41.

Vondrová, A. (2018). Návrh kompetencí absolventa pregraduálního stupně studijního oboru adiktologie. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Amalie Pavlovská.

Walcker-Mayer, C. (2007). Genderové rozdíly u žen v drogových službách. *Adiktologie*, 7(3), 392-397.

West, R. (2013). Models of Addiction. EMCDDA Insights, No. 14. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Staženo 2018-02-13 z: [www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction](http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction)

WHO (1998). Expert Committee on Drug Dependence: 30th Report. WHO Technical Report, No. 873. Geneva: WHO.

WHO (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek. Geneva: World Health Organization.

WHO (2008). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

WHO (2016). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Praha: ÚZIS ČR.

Willis, B. (s.d.). Distance Education – Strategies and Tools and Distance Education – A Practical Guide. University of Idaho. Staženo 2018-07-02 z <https://www.giz.de/expertise/downloads/Fachexpertise/en-pedagogy-distance-education-guide.pdf>

Winters, K., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolesc Health Med Ther.*, 5, 199-210. doi: 10.2147/AHMT.S48053

Wood, R. T. A., & Griffiths, M. D. (2007). Online guidance, advice, and support for problém gamblers, and concerned relatives and friends: an evaluation of the GamAid pilot service. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(4), 373-389. doi: 10.1080/03069880701593540

Yolanda, P. C., Crisp, C., & Rew D. L. (2010). Parental Acceptance and Illegal Drug Use among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents: Results from a National Survey. *Social Work*, 55(3), 265-275. doi: 10.1093/sw/55.3.265

Zábranský, T., Mioviský, M., Gajdošíková, H., Mravčík, V., Kalina, K., & Vopravil, J. (2001). Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních („pouličních“) drog v České republice 1998. *Adiktologie*, 1(1S), 142-189.

Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Petroš, H., Korčíšová, B., Mioviský, M., Vopravil, J., Csémy, L., & Kuda, A. (2002). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2001). Praha & Lisabon: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & EMCDDA.

Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J., & Langrová, M. (2011). Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Zášková, H. (2007). Vzdělávání v oblasti návykových poruch na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. *Adiktologie*, 7(1), 60-66.

Zhang, M. W. B., & Ho, R. C. M. (2017). Smartphone applications for immersive virtual reality therapy for internet addiction and internet gaming disorder. *Technology and Health Care*, 25, 367-372. doi: 10.3233/THC-161282

Zvolská, K., & Králíková, E. (2017). Centers for tobacco-dependent in the Czech Republic in 2016. *Cas. Lek. Cesk.*, 156(1), 19-23. <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/centra-pro-zavisle-na-tabaku-v-cr-v-roce-2016-60423/download?hl=cs>

## PŘÍLOHY

### Příloha 1: Dotazník pro absolventy studijních programů adiktologie

#### Pracovní uplatnitelnost adiktologů z pohledu absolventů studia a potenciálních zaměstnavatelů

Vážené absolventky, vážení absolventi studijního programu Adiktologie.

Dovoluji si vás v rámci svého doktorského studia Adiktologie oslovit s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zmapovat pracovní uplatnitelnost adiktologů, jejich možnosti a překážky na trhu práce. Stejný výzkum je realizován se zaměstnavateli v jednotlivých krajích, výsledky tedy budou uceleným pohledem na tuto problematiku.

Celý výzkum je realizován pod záštitou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze v rámci projektu GA UK 2017 a také České asociace adiktologů (ČAA).

Vyplnění dotazníku by vám nemělo zabrat více než 10 minut času.

Předem velmi děkuji za vaše odpovědi, v případě zájmu po dokončení výzkumu ráda poskytnu jeho výsledky. Amalie Pavlovská

#### \*Povinné pole

##### 1. Pohlaví \*

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Žena  
☐ Muž

##### 2. Věk \*

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Do 29 let  
☐ 30-39 let  
☐ 40-49 let  
☐ 50 a více let

##### 3 Prosím, uveďte kraj, kde žijete. \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Praha
- ☐ Středočeský
- ☐ Jihočeský
- ☐ Plzeňský
- ☐ Karlovarský
- ☐ Ústecký
- ☐ Liberecký
- ☐ Královéhradecký
- ☐ Pardubický
- ☐ Olomoucký
- ☐ Moravskoslezský
- ☐ Jihomoravský
- ☐ Zlínský
- ☐ Kraj Vysočina

4. V jaké formě studia jste studoval/a? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Prezenční
- ☐ Kombinovaná
- ☐ Při bakalářském prezenčně, při magisterském v kombinované formě
- ☐ Při bakalářském kombinovaně, při magisterském v prezenční formě

5. Rok dokončení bakalářského studia Adiktologie \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ 2008
- ☐ 2009
- ☐ 2010
- ☐ 2011
- ☐ 2012
- ☐ 2013
- ☐ 2014
- ☐ 2015
- ☐ 2016

Neabsolvoval/a jsem bakalářské studium Adiktologie

6 Rok dokončení navazujícího magisterského studia Adiktologie \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ 2012  
☐ 2013  
☐ 2014  
☐ 2015  
☐ 2016

Neabsolvoval/a jsem navazující magisterské studium Adiktologie

7. Máte kromě adiktologie ještě jinou kvalifikaci? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Ano, sociální pracovník  
☐ Ano, zdravotní sestra  
☐ Ano, fyzioterapeut  
☐ Ano, nutriční terapeut  
☐ Ne \_\_\_\_\_

Jiné:

8. Pracoval/a jste v oboru adiktologie již během studia? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano, v pracovním poměru na celý úvazek  
☐ Ano, v pracovním poměru na částečný úvazek  
☐ Ano, formou brigád a příležitostných přivýdělků (DPP, DPČ)  
☐ Ano, jako OSVČ  
☐ Ne, nepracoval/a jsem

9. Jste v současné době zaměstnán/a v oboru? \*

Jste-li v současné době na rodičovské dovolené, postupujte dle toho, zda jste na ni odcházeli/a ze zaměstnání v oboru či nikoliv. Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano Přeskočte na otázku 10.  
☐ Ne, v současné době pracuji mimo obor Přeskočte na otázku 44.

Pro absolventy pracující v oboru adiktologie

Prosím o zodpovězení několika dalších otázek týkajících se Vašeho zaměstnání v oboru adiktologie.

10. Jak dlouho celkem pracujete v oboru? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než 1 rok  
☐ 1 rok - 2 roky  
☐ 2 roky - 5 let  
☐ 5 let - 10 let  
☐ Více než 10 let

11 V jakém kraji/krajích v současné době pracujete? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Praha  
☐ Středočeský  
☐ Jihočeský  
☐ Plzeňský  
☐ Karlovarský  
☐ Ústecký  
☐ Liberecký  
☐ Královéhradecký  
☐ Pardubický  
☐ Olomoucký  
☐ Moravskoslezský  
☐ Jihomoravský  
  
Zlínský  
  
Vysočina

12. V jakém typu zařízení pracujete? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Detoxifikace
- ☐ Terénní programy
- ☐ Kontaktní a poradenské služby
- ☐ Ambulantní léčba
- ☐ Ambulantní stacionární péče
- ☐ Krátkodobá a střednědobá lůžková péče
- ☐ Rezidenční péče v terapeutických komunitách
- ☐ Doléčovací programy
- ☐ Substituční léčba
- ☐ Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče
- ☐ \_\_\_\_\_ Primární prevence

Výzkumná organizace

Jiné:

13. Jaký statut má toto zařízení? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Zdravotní služba
- ☐ Sociální služba
- ☐ Nezisková organizace
- ☐ Státní zařízení
- ☐ Soukromé zařízení
- ☐ \_\_\_\_\_

Jiné:

14 Jaké cílové skupině podle typu problému poskytuje toto zařízení své služby? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Kuřáci
- ☐ Osoby užívající či závislé na alkoholu
- ☐ Osoby užívající či závislé na nelegálních návykových látkách
- ☐ Patologičtí hráči
- ☐ Osoby ohrožené jinou nelátkovou závislostí
- ☐ \_\_\_\_\_

Jiné:

15. Zaměřuje se Vaše zařízení na práci s některou ze specifických cílových skupin? Zaškrtněte všechny platné možnosti.



- ☐ Děti  
☐ Ženy  
☐ Senioři  
☐ Tělesně či mentálně handicapované osoby  
☐ Jiné: \_\_\_\_\_

16. Jak dlouho v uvedeném zařízení pracujete? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než 1 rok  
☐ 1 rok - 2 roky  
☐ 2 roky - 5 let  
☐ 5 let - 10 let  
☐ Více než 10 let

17. Jaký typ smlouvy máte? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Dohoda o provedení práce/činnosti (DPP/ DPČ)  
☐ Smlouva na hlavní pracovní poměr (HPP)  
☐ Dobrovolník  
☐ Živnostenský list  
☐ Jiné: \_\_\_\_\_

18. Jaká je výše Vašeho úvazku v současném zaměstnání? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než 0,5  
☐ Více než 0,5, ale nikoliv celý úvazek  
☐ Celý úvazek  
☐ DPP/DPČ  
☐ Jiné: \_\_\_\_\_

19 Jak jste získal/a své pracovní místo? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Na základě zaměstnání (včetně brigád), které jsem u zaměstnavatele vykonával/a již během studia.
- ☐ Na základě povinné praxe, kterou jsem u zaměstnavatele absolvoval během studia.
- ☐ Odpověděl jsem na inzerát zaměstnavatele.
- ☐ Zaměstnavatel zareagoval na můj životopis, který jsem mu zaslal.
- ☐ Na základě doporučení rodiny/známých.
- ☐ \_\_\_\_\_ Prostřednictvím Úřadu práce ČR.
- Jiné:

20. Je Vaše pozice přímo označena "adiktolog"? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne

21. Pokud nepracujete na pozici adiktologa, jaká je Vaše pozice?

\_\_\_\_\_

22. Jaká je náplň Vaší práce (ať je Vaše pozice pojmenována jakkoliv)? \* Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Individuální terapie
- ☐ Poradenství
- ☐ Adiktologická skupinová terapie
- ☐ Adiktologická rodinná terapie
- ☐ Odběr biologického materiálu
- ☐ Adiktologická diagnostika
- ☐ Příprava programu primární prevence
- ☐ Edukace pacientů/klientů
- ☐ Asistence při psychologickém či psychiatrickém vyšetření
- ☐ \_\_\_\_\_
- Příprava léčebného plánu

Jiné:

23. Jaký je Váš hrubý měsíční příjem na uvedené pracovní pozici? Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Méně než 10 000 Kč
- ☐ 10 000 - 15 999 Kč
- ☐ 16 000 - 19 999 Kč
- ☐ 20 000 - 24 999 Kč
- ☐ 25 000 - 29 999 Kč
- ☐ 30 000 - 34 999 Kč

Více než 35 tisíc Kč

24. Prosím, ohodnoťte na škále, jak jste spokojen/a s výší Vašeho finančního ohodnocení? \* Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Nespokojen/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spokojen/a

25. Vykazujete v rámci svého zaměstnání adiktologické výkony pojišťovně? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne, ale usilujeme o to
- ☐ Ne

26. Vyberte, které aspekty jsou pro Vás ve stávajícím zaměstnání nejdůležitější?

Vyberte, prosím, jeden, který je nejzásadnější, který Vás nejvíce motivuje v daném zaměstnání setrvat.

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Dobrý pracovní kolektiv/tým
- ☐ Finanční ohodnocení
- ☐ Možnosti vzdělávání
- ☐ Možnost pracovního růstu
- ☐ Podpora Vaší terapeutické práce (možnost realizovat nové věci, samostatnost)

Jiné:

27. Je práce v adiktologickém zařízení Vaším jediným zaměstnáním? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne

28. Považujete stávající kompetence adiktologa za dostačující? \* Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano  
☐ Ne

29. Jaké kompetence postrádáte? Jaké byste rádi rozšířil/a či přidal/a?

---

---

---

---

---

30 Jak hodnotíte kvalitu vzdělání, které jste získal/a na vysoké škole, s ohledem na požadavky praxe?  
\*

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Málo kvalitní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velmi kvalitní

31. V jaké míře využijete znalosti a dovednosti nabyté v rámci studia ve svém současném zaměstnání? \*

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Vůbec ne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velmi často

32. Jaké změny z hlediska přípravy na praxi byste škole doporučil/a?

---

---

---

---

---

Pokud jste absolventem/kou bakalářského i magisterského oboru Adiktologie, prosím, popište, jaké vnímáte rozdíly mezi těmito úrovněmi vzdělání pro praxi (v míře kompetencí, v možnosti uplatnění atd.).

---

---

---

---

---

33. Pokud jste absolventem/kou pouze navazujícího magisterského studia Adiktologie (s jiným bakalářským vzděláním než Adiktologie), postrádáte v praxi zdravotnickou kvalifikaci?

Označte jen jednu elipsu.

☐ Ano

☐ Ne

34. Jaká je podle Vás poptávka po profesi adiktologa na trhu práce? \* Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Velmi nízká	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velmi vysoká

36 Jste členy České asociace adiktologů (ČAA)? \* Označte jen jednu elipsu.

☐ Ano

☐ Ne

37. Popište, kde se vidíte v horizontu budoucích 5 až 10 let - v jakém zařízení byste rád/a pracoval/a, na jaké pozici, s jakou cílovou skupinou...

---

---

---

---

---

38. V jakých oblastech a tématech byste se rád/a dál vzdělával/a?

---

---

---

---

---

39. Je v oblasti vzdělávání něco, co postrádáte? Vidíte někde mezery?

---

---

---

---

---

40. Zkoušel/a jste nebo uvažujete o zapojení do práce ve zcela jiné oblasti adiktologie (např. vlastní ambulance, privátní praxe za přímou úhradu) či se zcela jinou cílovou skupinou? Prosím, popište.

---

---

---

---

---

41. Je něco, co Vám v praxi chybí? Co byste potřeboval/a?

---

---

---

---

---

42. Napadá Vás cokoliv dalšího k oblasti pracovní uplatnitelnosti adiktologů?

---

---

---

---

---

43. Máte-li zájem o zaslání výsledků či o další spolupráci při výzkumu na toto téma, prosím, vyplňte svou e-mailovou adresu.

---

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku.

### Pro absolventy nepracující v oboru adiktologie

Prosím o zodpovězení několika dalších otázek vztahujících se ke skutečnosti, že aktuálně nejste zaměstnán/a v oboru adiktologie.

44. V jakém oboru pracujete?

\_\_\_\_\_

45. Hledal/a jste si primárně práci v oboru adiktologie? Označte jen jednu elipsu.

☐ Ano

☐ Ne

46. Pracoval/a jste někdy v minulosti v oboru adiktologie? Označte jen jednu elipsu.

☐ Ano

☐ Ne

47. Jaké důvody Vás vedly k tomu, že pracujete mimo obor? Zaškrtněte všechny platné možnosti.

☐ Nízké finanční ohodnocení

☐ Nedostatek pracovních příležitostí

☐ Nezájem pracovat v oboru

☐ Syndrom vyhoření po nějaké době v oboru

☐ Nespokojenost s pracovním kolektivem

☐ \_\_\_\_\_ Zajímavá nabídka v jiném oboru

Jiné:

48 Co byste potřeboval/a, abyste mohl/a v oboru pracovat? Zaškrtněte všechny platné možnosti.

☐ Více dovedností a znalostí ze studia

☐ Více pracovních příležitostí

☐ Lepší finanční ohodnocení profese adiktologa

☐ Vyšší motivaci

☐ Silnější podporu České asociace adiktologů

☐ \_\_\_\_\_ Možnost účtovat péči zdravotní pojišťovně

Jiné:

49. Jaká je podle Vás poptávka po profesi adiktologa na trhu práce? Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Velmi nízká	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velmi vysoká

50. Považujete stávající kompetence adiktologa za dostačující? Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano  
☐ Ne

51. Jaké kompetence postrádáte? Jaké byste rádi rozšířil/a či přidal/a?

---



---



---



---



---

52. Jak hodnotíte kvalitu vzdělání, které jste získal/a na vysoké škole, s ohledem na požadavky praxe?  
Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Málo kvalitní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velmi kvalitní

53. Jaké změny z hlediska přípravy na praxi byste škole doporučil/a?

---



---



---



---



---

54. Pokud jste absolventem/kou pouze navazujícího magisterského studia Adiktologie (s jiným bakalářským vzděláním než Adiktologie), postrádáte v praxi zdravotnickou kvalifikaci?  
Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano  
☐ Ne

55. Jste členy České asociace adiktologů (ČAA)? Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano  
☐ Ne



56. Popište, kde se vidíte v horizontu budoucích 5 až 10 let - zda byste rád/a pracoval/a v oboru, případně v jakém zařízení, na jaké pozici, s jakou cílovou skupinou...

---

---

---

---

---

57. Měl/a byste zájem o další vzdělávání v oboru adiktologie? Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne

58. V jakých oblastech a tématech byste se rád/a dál vzdělával/a?

---

---

---

---

---

59. Napadá Vás cokoliv dalšího k tématu pracovní uplatnitelnosti adiktologů?

## **Příloha 2: Struktura otázek pro interview se zaměstnavateli**

### **JÁDROVÉ OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO INTERVIEW PRO ZÁSTUPCE POTENCIÁLNÍCH ZAMĚSTNAVATELŮ PROFESE ADIKTOLOGA**

#### **ZÁKLADNÍ INFORMACE:**

- 1) Název organizace:
- 2) Jméno statutárního zástupce organizace/ředitele/odpovědného pracovníka:
- 3) Vzdělání, kvalifikace statutárního zástupce:  
*(kdo jsou přímí nadřízení a zaměstnavatelé adiktologů, jaká profese má vyšší tendenci zaměstnat profesi adiktologa?)*
- 4) Jak dlouho pracuje v této organizaci na pozici managementu:
- 5) Kraj/e, kde organizace působí:
- 6) Status organizace/služeb:  
*(zdravotní/sociální, státní/nestátní/soukromá, nezisková, jiná...)*
- 7) Adiktologické služby, které organizace provozuje:
- 8) Zaměstnáváte v organizaci adiktologa/y?

#### **POKUD JE ODPOVĚĎ NA OTÁZKU Č. 9 ANO:**

- 1) Kolik osob pracujících v organizaci má vzdělání/kvalifikaci adiktologa?
  - Kolik z nich jsou absolventi studijního oboru adiktologie?
- 2) Kolik z nich pracuje přímo na pozici definované „adiktolog“ (ve smlouvě)?  
*(Pokud pracují na jinak definovaných pozicích – jaké to jsou?)*
- 3) V jakém roce jste v organizaci zaměstnali prvního adiktologa?
- 4) V jaké fázi u Vás obvykle začali adiktologové pracovat?  
*(již předtím, než zahájili studium adiktologie/v průběhu studia adiktologie/po absolvování studia adiktologie)*
- 5) Jak jste adiktologa/y hledali/vybírali?
- 6) V jakých typech zařízení/služeb ve vaší organizaci adiktologové pracují?
- 7) V jakých typech služeb ve vaší organizaci naopak adiktologové vůbec nejsou?
- 8) Jaká je výše úvazků adiktologa/ů ve vaší organizaci?

- 9) Jaká je na pracovní pozici „adiktolog“ průměrná výše hrubého měsíčního příjmu pro celý úvazek?
- 10) Jaká je náplň práce adiktologů ve vaší organizaci?  
(*Dělají terapii? Poradenství? Odběr biologického materiálu? Atd.*)
- 11) Jaké kompetence má adiktolog ve vašem zařízení?
- 12) Jaké podle vás mají adiktologové znalosti a dovednosti získané studiem?  
☐ A jaké jim naopak schází?
- 13) Co vás motivovalo/motivuje zaměstnat adiktology?
- 14) Jak hodnotíte kvalitu vzdělání adiktologů, s ohledem na požadavky praxe?
- 15) Jaké změny z hlediska přípravy na praxi byste škole doporučil/a a proč?
- 16) Vnímáte nějaké rozdíly mezi absolventy bakalářské a magisterské úrovně vzdělání v adiktologii pro praxi (v míře kompetencí, v možnosti uplatnění atd.)?
- 17) Jaká je podle Vás poptávka po profesi adiktologa na trhu práce?  
(*Pokud je nízká, co by podle vás mělo být jinak, aby byla pracovní uplatnitelnost adiktologů vyšší?*)
- 18) Provádí vaše organizace adiktologické výkony dle sazebníku výkonů Ministerstva zdravotnictví?
- 19) Má vaše organizace smlouvu s pojišťovnou na vykazování adiktologických výkonů?  
☐ Pokud ano, s jakou/jakými pojišťovnami?  
☐ Pokud ne, chystáte se na to?
- 20) Spolupracujete s ČAA? Pokud ano, jak vnímáte její postavení?
- 21) Napadá Vás cokoliv dalšího k oblasti pracovní uplatnitelnosti adiktologů?

POKUD JE ODPOVĚĎ NA OTÁZKU Č. 9 NE:

- 1) Jaké důvody vás vedly/ou ke skutečnosti, že nezaměstnáváte adiktology?
- 2) Měl/a byste zájem adiktology zaměstnat?
- 3) Co vás odrazuje od zaměstnávání adiktologů?
- 4) Co byste potřebovala, aby to bylo možné?
- 5) Zaměstnávali jste adiktologa někdy v minulosti?
- 6) Jaké požadavky by musel uchazeč o zaměstnání – adiktolog splnit, aby mohl být zaměstnán ve vaší organizaci?

- 7) Jaké podle vás mají adiktologové znalosti a dovednosti získané studiem? Jaké jim naopak schází?
- 8) Jak hodnotíte kvalitu vzdělání adiktologů, s ohledem na požadavky praxe?
- 9) Jaké změny z hlediska přípravy na praxi byste škole doporučil/a a proč?
- 10) Vnímáte nějaké rozdíly mezi absolventy bakalářské a magisterské úrovně vzdělání v adiktologii pro praxi (v míře kompetencí, v možnosti uplatnění atd.)?
- 11) Jaká je podle Vás poptávka po profesi adiktologa na trhu práce?  
*(Pokud je nízká, co by podle vás mělo být jinak, aby byla pracovní uplatnitelnost adiktologů vyšší?)*
- 12) Spolupracujete s ČAA? Pokud ano, jak vnímáte její postavení?
- 13) Napadá Vás cokoliv dalšího k oblasti pracovní uplatnitelnosti adiktologů?